Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

BURNOUT IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE

B a c h e l o r a r b e i t
zur
Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Steffi Wegner

Betreuer: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 05.03.2009

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0193-4

Inhaltsverzeichnis

	Anhangsverzeichnis	4
	Abbildungsverzeichnis	5
	Tabellenverzeichnis	6
1.	Einleitung	7
2.	Stress als Wegbereiter für Burnout	7
2.1	Was versteht man unter Stress?	8
2.2	Stressoren in der Altenpflege	9
2.3	Der biologische Stressmechanismus	11
3.	Eine Annäherung an das Phänomen Burnout	13
3.1	Definition des Begriffes Burnout	13
3.2	Ursachenforschung	15
3.2.1	Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze	16
3.2.1.1	Freudenberger	16
3.2.1.2	Schmidbauer	17
3.2.1.3	Fischer	18
3.2.2	Sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansätze	19
3.2.2.1	Cherniss	19
3.2.2.2	Pines, Aronson und Kafry	20
3.2.2.3	Maslach & Leiter	21
3.3	Tätigkeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen der Pflegenden in der stationären Altenpflege	22
3.3.1	Die besondere Pflegebeziehung	23
3.3.2	Mangel an Anerkennung	24
3.3.3	Konflikte mit Angehörigen	25
3.3.4	Bewohnerstruktur	27
3.3.5	Physische Belastungen	30
3.3.6	Konfrontation mit Sterben und Tod	31
3.3.7	Das Erleben von Ekelgefühlen	32

Inhaltsverzeichnis

3.3.8	Einführung von Pflegeversicherung und DRG's	34
3.3.9	Kommunikation im Team	37
3.4	Symptomatologie und Verlauf	39
3.5	Burnout oder Depression?	45
4.	Supervision	46
4.1	Begriffsklärung	47
4.2	Formen von Supervision in der Pflege	48
4.3	Die Rolle des Supervisors	49
4.4	Der Supervisionsprozess	49
5.	Ausblick	52
	Literaturverzeichnis	54
	Anhang	58

Anhangsverzeichnis

Anlage 1 Burnout-Symptomatik 58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Arbeitsbelastungen in der Altenpflege	10
Abbildung 2	Die Reaktionen des Körpers auf Stress	12
Abbildung 3	Hauptbelastungsbereiche von Altenpflegekräften	23
Abbildung 4	Der Burnout-Zyklus	40
Abbildung 5	Ablauf einer Supervision	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Mittel- bis langfristige Beanspruchungsfolgen	12
Tabelle 2	Formen von Supervision in der Pflege und die damit verbundenen Themenbereiche	36
Tabelle 3	Schrittweise Erhöhung der Sachleistungen für die stationäre Pflege	48

1. Einleitung

In der öffentlichen Diskussion ist viel vom Pflegenotstand und von den mangelhaften materiellen Rahmenbedingungen in der Altenpflege die Rede. Mit der hohen Fluktuationsrate in den helfenden Berufen gewinnt die Diskussion um die subjektive Verarbeitung belastender Situationen im Pflegebereich an Bedeutung. Im Zusammenhang mit dieser Thematik ist der Begriff „Burnout“ innerhalb der letzten Jahre zu einem regelrechten Schlagwort avanciert. Im Zuge dieser Arbeit setze ich mich mit der Burnout-Problematik speziell in der stationären Altenpflege auseinander. Mein Interesse begründet sich auf der Tatsache, dass ich selbst in einer solchen Einrichtung tätig bin. Dort konnte ich gerade in der jüngeren Vergangenheit feststellen, das immer mehr „alteingesessene“ Kollegen zunehmend ihr Engagement reduzieren, neue Ideen häufig nur noch kritisieren, oder gar „Dienst nach Vorschrift“ machen. Es wirkt fast so, als würde ihre Energie und Freude an der Arbeit verloren gegangen sein. Dieses Miterleben zu müssen gab mir den Anstoß mich mit dem vielfältigen und schwer zu definierenden Phänomen Burnout tiefgründiger zu beschäftigen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie im folgenden beschrieben. Es wird zunächst der Begriff Stress definiert, denn Stress gilt als einer der Faktoren, die die Entstehung von Burnout begünstigen. Im Zusammenhang mit dieser Thematik gehe ich auf den biologischen Stressmechanismus ein und reiße einige Stressoren innerhalb der Altenpflege an, die jedoch an späterer Stelle noch ausführlich besprochen werden. Hiernach geht diese Arbeit darauf ein, was unter Burnout zu verstehen ist. Des weiteren wird Ursachenforschung betrieben, wobei persönlichkeitszentrierte und sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansätze vorgestellt werden. Im Zusammenhang mit letzeren gehe ich an dieser Stelle ausführlich auf die tätigkeitsbedingten Belastungen der Pflegekräfte ein. Der Verlauf und die Symptomatologie werden ebenfalls besprochen. Ferner soll die Abgrenzung zur Depression deutlich gemacht werden um dann im Anschluss auf die Superversion als eine mögliche Präventionsmaßnahme einzugehen.

2. Stress als Wegbereiter für Burnout

Wenn man sich vertiefend mit dem Thema Burnout auseinandersetzen möchte, kommt man nicht um hin sich im Vorfeld mit dem Phänomen Stress zu beschäftigen. Der häufige, zum Teil unreflektierte Ge-, beziehungsweise Missbrauch des Wortes Burnout führt dazu, das damit fast alles umschrieben wird. Jeder der gestresst ist, gilt fälschlicherweise als „ausgebrannt“. Stress

und Burnout stehen zwar in enger Beziehung zueinander, bedeuten aber nicht das gleiche. So scheint es mir notwendig, nicht zuletzt auch um zu einem besseren Verständnis von Burnout beizutragen, näher auf das Phänomen Stress einzugehen.

2.1 Was versteht man unter Stress?

Stress wird häufig als Krankheit der Gegenwart bezeichnet. Ursprünglich kommt der Begriff aus der Materialprüfung. Hier versteht man unter Stress die Anspannung und Verzerrung von Metallen. (vgl. Wagner-Link 1996, S. 18) Heute ist Stress zu einem Modewort avanciert, das innerhalb der wissenschaftlichen und pseudo-wissenschaftlichen Literatur geradewegs zu einer Informationsüberflutung führt. Ähnlich wie beim Burnout, liegt auch dem Begriff Stress keine einheitliche wissenschaftliche Definition zu Grunde. Ausgehend von wissenschaftlichen Erkenntnissen hat Wagner-Link Stress folgendermaßen definiert*: „Stress ist eine unwillkürliche unspezifische Aktivierungsreaktion des Organismus, entsprechend seiner individuellen Bewertung , resultierend aus der Einstellung, den subjektiv eingeschätzten Fertigkeiten, und der aktuellen Belastbarkeit (die wiederum aus einer Kombination von Anlagen und Erfahrungen entstehen) auf Stressoren, d.h. auf alle Anforderungen, die das Wohlergehen möglicherweise beeinträchtigen können mit Konsequenzen, zum Beispiel mit langfristigen Überforderungsreaktionen bei Dauerbelastung sowie Reaktionen aus der Umwelt.“* (vgl. Wagner-Link 1996, S. 34) Wichtig für die Entstehung von Stress ist demzufolge wie jemand seine eigene Situation bewertet und seine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten einschätzt. Eine Stressreaktion tritt erst dann auf, wenn die inneren als auch die äußerer Anforderungen vor dem Hintergrund der persönlichen Lebenserfahrungen und der daraus resultierenden Persönlichkeitsentwicklung als bedrohlich bewertet werden und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten subjektiv als zu gering eingeschätzt werden.

Neben dem sogenannten negativen Stress, auch Dis-Stress genannt, der dann auftritt wenn das Stressmaß einen Punkt erreicht hat, an dem sich die Energieressourcen erschöpfen und zu Leistungseinbußen und -unfähigkeit führt, lässt sich positiver Stress, Eu-Stress, unterscheiden. Bleiben die Leistungsanforderungen in einer mittleren Motivationsbreite, unterbrochen von einigen Höchstleistungen mit entsprechend genügender Erholungszeit, so beeinflusst Stress den Körper hingegen positiv, wirkt stimmungshebend und leistungssteigernd (vgl. Domnowski 2005, S. 61).

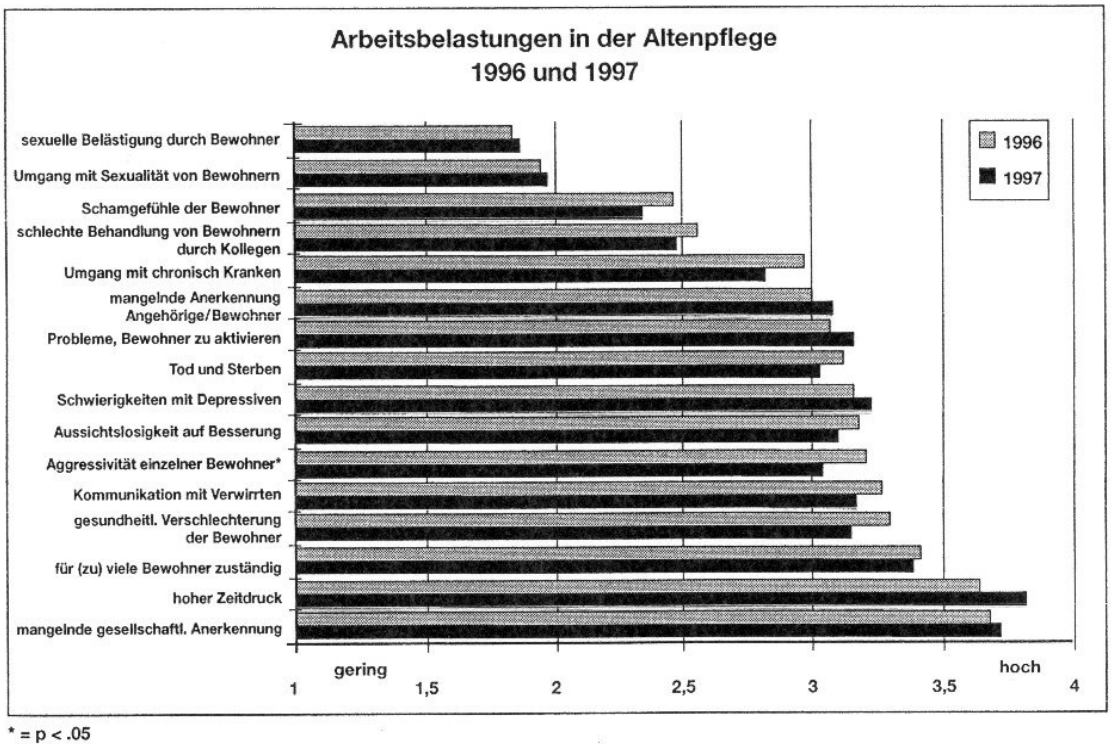
Stress ist in unserem Sprachgebrauch mit negativen Assoziationen und Gefühlen belegt, und doch stellt er einen lebensnotwendigen Prozess dar, der für die natürliche Leistungs- und Anpassungsfähigkeit des Individuums an die verschiedensten Anforderungen der Umwelt unentbehrlich ist. Jede körperliche oder geistige Anstrengung , jede angestrebte Problemlösung benötigt ein gewisses Ausmaß an Stressenergie. Höchstleistungen sind ohne kontrollierten Stress erst gar nicht möglich. Es gleicht einem Balanceakt Stress so zu dosieren, das er der Gesundheit förderlich ist und nicht krank macht.

2.2 Stressoren in der Altenpflege

Wie bereits aus der vorangegangenen Stressdefinition von Wagner-Link (1996, S. 34) beschrieben, sind Stressoren Anforderungen, die das Wohlergehen beeinträchtigen können und als möglicherweise stressauslösend geltend. Domnowski (2005, S. 63) fasst unter dem Begriff Stressoren alle Belastungsfaktoren, Anforderungen, Wahrnehmungen, Verhaltensaufforderungen, Empfindungen, Situationen und Informationen zusammen, die eine vegetative Stressreaktion hervorrufen. Auch Zellhuber (2005, S. 79) weist darauf hin, das gleichbedeutend für den Begriff Belastungsfaktoren in einschlägigen Publikationen von Stressoren gesprochen wird. Arbeitsbelastungen, wie wir sie in jedem Beruf vorfinden, sind von außen auf das Individuum einwirkende Faktoren, wie zum Beispiel Hitze, Lärm oder Zeitdruck. Sie können unabhängig von einer konkreten Person erfasst werden. Solche Belastungen können zu Beanspruchungen führen. Beanspruchungen sind Auswirkgrößen, die sich nicht mehr unabhängig von der Person erfassen lassen (vgl. Wiegand 2002, S. 16). Ob ein Stressor als beanspruchend empfunden wird, ist demnach von der subjektiven Sichtweise des Individuums abhängig, auf das der Stressor einwirkt.

Da sich die vorliegende Arbeit speziell mit dem Tätigkeitsfeld der stationären Altenpflege befasst, möchte ich mich hauptsächlich auf Stressoren innerhalb des Arbeitsplatzes Altenheim beschränken. Zimber und Weyerer (1998, S. 62) haben innerhalb ihrer Untersuchungen zum Thema Stress in der stationären Altenpflege berufsspezifische Belastungsaspekte (Abbildung 1) gesammelt und nach ihrer Gewichtung aufgeführt.

Abbildung 1: Arbeitsbelastungen in der Altenpflege



(vgl. Zimber & Weyerer 1998, S. 62)

Hölzer erweitert die Liste der negativen Beeinträchtigungskomponenten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur Stress sondern auch Burnout auslösen können, durch weitere Faktoren wie häufiges Einspringen für Kollegen, zu wenig Mitsprache, Wechselschicht / Wochenenddienst, Kommunikationsprobleme mit der Leitung und Verwaltung, mangelnde Solidarität unter Kollegen und Mobbing (vgl. Hölzer 2003, S. 88). Pflege und vor allem die Pflege alter Menschen bedeutet unter hohen Belastungen und Stress zu arbeiten. Es ist nicht möglich alle Stressoren auszuschalten, da viele Bestandteil der Altenpflegearbeit sind. Ein zu monotoner und reizlos gestalteter Arbeitsplatz würde sich ebenso destruktiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken, wie ein Übermaß an Stress. Es gibt aber auch Ressourcen, innerhalb und außerhalb des Berufes, die die Wirkung der Stressoren abmildern und als Puffer-Faktoren dienen. Dazu gehören eine abwechslungsreiche Arbeit, Bestätigung durch die Pflege, eine lehrreiche Tätigkeit und gute Kooperation mit den Kollegen (vgl. Becker & Meifort 1997, S. 243; vgl. nach Zellhuber 2005, S. 79) Im Punkt 3.3 dieser Arbeit werden explizit im Zusammenhang mit der Burnout-Entstehung einige Belastungsfaktoren aus der

Arbeitstätigkeit und des Tätigkeitsumfeldes der stationären Altenpflege näher beleuchtet und einer genaueren Betrachtung unterzogen.

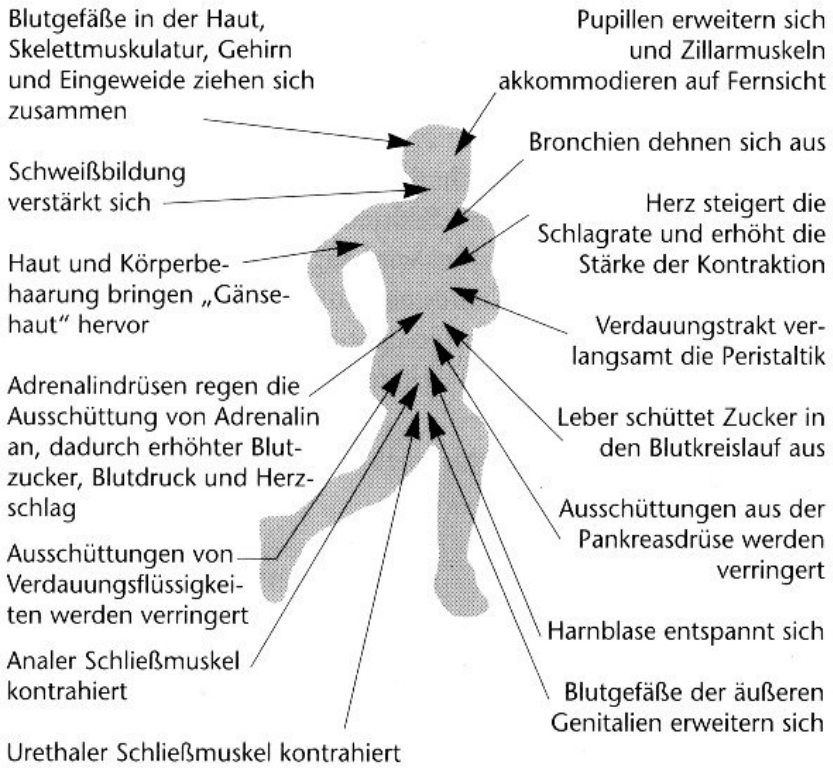
2.3 Der biologische Sressmechanismus

Die physiologische Stressreaktion stellt eine komplexe gesamtorganismische Reaktion dar, die das Individuum innerhalb kürzester Zeit darauf vorbereitet, einer drohenden Gefahr mittels Kampf oder Flucht zu begegnen (vgl. Kaluza 2003, S. 340). Dieser durch das autonome Nervensystem gesteuerte Angriffs- und Fluchtmechanismus ist ein genetisches Programm, das die Evolution dem Menschen als natürlichen und lebensnotwendigen Verteidigungsmechanismus mit auf den Weg gegeben hat.

Doch was genau geschieht im Körper des Menschen wenn er sich in einer Stresssituation befindet? Zu unterscheiden sind zunächst einmal vorübergehende Erregungsmuster mit klar definiertem Beginn beziehungsweise mit einem eindeutigen Ende, welche als akuter Stress bezeichnet werden, und kontinuierlich wirkende Faktoren, die eine chronische Form des Stresses hervorrufen (vgl. Zimbardo & Gerrig 1999, S. 370). Der Hypothalamus spielt als übergeordnete Schaltstelle eine zentrale Rolle im Rahmen der physiologischen Stressreaktionen. Er ist eine etwa daumennagelgroße Region in der Mitte der Hirnbasis, und stellt einen Teil des limbischen Systems dar, welches die menschlichen Emotionen bestimmt. Über den Hypophysenstiel steht er in direktem Kontakt zur Hypophyse, einem etwa haselnussgroße Organ, welches aus einem Hinter- und einem Vorderlappen besteht. Die Hypophyse setzt unter Kontrolle des Hypothalamus zwei für die Stressreaktion wesentliche Hormone frei. Dies ist zu einem das TSH (Thyroid stimulierendes Hormon), welches dem Körper durch Anregung der Schilddrüse mehr Energie zur Verfügung stellt. Und zum anderen wird ACTH (adrenokortikotropes Hormon) ausgeschüttet, welches wiederum die Freisetzung sog. Glukokortikoide in der Nebennierenrinde bewirkt. Diese sorgen für ein gesteigertes Angebot von Energie- und Energieträgern im Körper, z.B. durch vermehrte Glukogenese aus Aminosäuren in der Leber und Erhöhung der Glukosekonzentration im Blut. (vgl. Zimbardo & Gerrig 1999, S. 370f.; vgl. auch Trebsdorf 2000, S. 303) Der Hypothalamus steuert neben allen hormonellen auch die vegetativen Funktionen. Im vegetativen oder auch autonomen Nervensystem werden alle Körperaktivitäten geregelt, die nicht der direkten Kontrolle des Individuums unterstehen. Dort hat der Sympathikus die Aufgabe alle Funktionen und Systeme, die für die Ausführung der körperlichen Bewältigungsreaktion notwendig sind, anzuregen. Im Gegensatz dazu werden alle eher regenerativen und reproduktiven Körperfunktionen (vgl.

Kaluza 2003, S. 340) durch den Parasympathikus gedrosselt. In der folgenden Abbildung (Abbildung 2) sind die wichtigsten körperlichen Reaktionen bei Stress dargestellt.

Abbildung 2: Die Reaktionen des Körpers auf Stress



(vgl. Zimbardo 1995; vgl. nach Hölzer 2003, S. 90)

Durch die Aktivierung des Körpers ist der Mensch nun auf ein Handeln unter bestmöglicher Ausnutzung seiner motorischen Leistungsfähigkeit vorbereitet. Er ist in der Lage die bereitgestellten Energien freizusetzen und so zu verbrauchen. Ist die Stresssituation überwunden, die zur Verfügung stehenden Energien verbraucht, tritt die Erholungsphase ein, in der es zur Regulation und zum Nachschub neuer Energien kommt. Kommt es zu keiner oder nur zu einer ungenügenden Anpassungsleistung oder dauert die stressauslösende Situation weiter an, ohne das dem Menschen die Möglichkeit bleibt sich zu regenerieren, schaltet der Körper auf Daueralarm. (vgl. Domnowski 2005, S. 71) Die Stressreaktionen verändern sich zu Überforderungsreaktionen. Die mittel- und langfristigen Konsequenzen von überdosiertem oder langandauerndem Stress machen sich auf der physiologischen, somatischen, psychischen und verhaltensbezogenen Ebene bemerkbar, wie folgende Tabelle (Tabelle 1) zeigt:

Tabelle 1: Mittel- bis langfristige Beanspruchungsfolgen

Ebene	**Mittel- bis langfristige Beanspruchungsfolgen**
physiologisch	▪ psychosomatische Beschwerden
somatisch	▪ organische Krankheiten
psychisch	▪ Ängstlichkeit ▪ Unzufriedenheit ▪ Depressivität ▪ geringes Selbstwertgefühl ▪ Burnout ▪ Arbeitsunzufriedenheit
verhaltensbezogen	▪ Absentismus (Fehlzeiten) ▪ Vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum ▪ Konflikte, Aggression gegen andere ▪ Rückzug / Isolierung

(vgl. Wiegand 2002, S. 27; vgl. auch vgl. Zimber & Weyerer 1998, S. 7)

Nach längerer Einwirkung des stressauslösenden Faktors folgt der Zustand der Erschöpfung. Die Widerstandskraft gegenüber den einwirkenden Stressoren nimmt erheblich ab. Es ist dem Organismus nicht mehr möglich sich dem Dauerstress anzupassen. Der Mensch wird in seinem Vermögen adäquat auf weitere Stresssituationen zu reagieren, komplett eingeschränkt (vgl. Domnowski 2005, S. 71).

3. Eine Annäherung an das Phänomen Burnout

Wie in Tabelle 1 dargestellt, gilt Burnout als einer von vielen möglichen Faktoren, die durch anhaltenden Stress entstehen können. Vor allem im Bereich der helfenden Berufe und damit auch vordergründig im Pflegebereich hat dieses geflügelte Wort im Zusammenhang mit Stress in den letzen Jahren mehr und mehr an Bedeutung gewonnen. Was sich genau dahinter verbirgt und welche Relevanz Burnout im Rahmen der stationären Altenpflege hat, soll im folgenden näher erläutert werden.

3.1 Definition des Begriffes Burnout

Der Begriff Burnout wurde zum ersten Mal durch den Psychoanalytiker Freudenberger 1974 in den USA geprägt. Das Interesse an dem Forschungsgegenstand Burnout wuchs seit seiner Entdeckung fortlaufend. Eine Vielzahl von Autoren definierten, beschrieben und deuteten seit da an das Phänomen Burnout (vgl. Hölzer 2003, S. 3). Da eine allgemeingültige Definition bis heute fehlt ist es schwierig eine Quintessenz aus der unüberschaubaren Vielzahl an Definitionen zu ziehen. Im folgenden möchte ich daher eine Auswahl von Kernaussagen vorstellen, die meiner Meinung nach am Besten beschreiben, was unter Burnout zu verstehen ist.

Anfänglich herrschte die Meinung vor, das Burnout sich nur auf Menschen bezieht, die mit Klienten arbeiten. Maslach und Jackson haben 1984 folgende Definition aufgestellt: Burnout gilt als *„Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit, das bei Individuen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten kann. [...] Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf Gefühle, durch seinen Kontakt mit anderen Menschen emotional überanstrengt und ausgelaugt zu sein. Depersonalisierung bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf diese Leute, die gewöhnlich die Empfänger seiner Dienste oder Fürsorge sind. Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit bezieht sich auf eine Abnahme seines Gefühls an Kompetenz und erfolgreicher Ausführung in seiner Arbeit mit Menschen“* (vgl. Maslach & Jackson 1984, S. 134; zit. nach Enzmann und Kleiber 1989, S. 32) Nach dieser Auffassung gilt Burnout als etwas rein helferspezifisches. Heute ist Burnout jedoch bei rund 60 Berufen und Personengruppen beschrieben worden (vgl. Burisch 2006, S. 21) In einer aktuellen Definition wird klar, das Maslach ihre ursprüngliche Meinung revidiert hat und Burnout heute als ein universelles Phänomen anerkennt. Burnout ist ein *„Maßstab für die Diskrepanz zwischen dem Wesen eines Menschen und dem was er in seiner Arbeit tun muß. Es stellt einen Verschleiß von Werten, Würde, Geist und Willen dar – einen Verschleiß der Seele. Es ist eine Krankheit, die sich schrittweise und gleichmäßig über einen längeren Zeitraum hin ausbreitet und die Menschen in einen Teufelskreis bringt, aus dem es nur schwer ein Entrinnen gibt.“* (vgl. Maslach & Leiter 2001, S. 19)

Nach Burisch haben Schaufeli & Enzmann eine der *„elaboriertesten und geschliffensten“* Definitionen erarbeitet: *„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (Distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und*

Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht" (vgl. Schaufeli & Enzmann 1998, S. 36; zit. nach Burisch 2006, S. 19).

Diese drei vorgestellten Definitionen beschränken sich jedoch nur auf Burnout im Beruf. Die private Ebene wird vollständig außer Acht gelassen. Verschiedene Autoren haben Burnout jedoch auch bei Ehepartnern, Eltern und Arbeitslosen (vgl. Burisch 2006, S. 23) beschrieben. Freudenberger und North (2005) haben eine Definition entwickelt, bei der Burnout über die Arbeitssituation hinaus reicht. *„Burnout ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen - durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft - kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Streß, und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt."* (vgl. Freudenberger & North 2005, S. 27)
Auch Fengler (2001) bezieht neben arbeitsrelevanten Aspekten Faktoren aus dem privaten Bereich in seine Betrachtungen ein. Er bezeichnet Burnout als einen *„schleichend beginnenden oder abrupt einsetzenden Erschöpfungszustand körperlicher, geistiger oder gefühlsmäßiger Art in Beruf, Freizeit, Freundeskreis, Partnerschaft und Familie beschrieben, oft verbunden mit Aversion, Ekel und Fluchtgedanken." (*vgl. Fengler 2001, S.92)

3.2 Ursachenforschung

Gegenwärtig gibt es noch keine Übereinstimmung bezüglich der Ursachen von Burnout. Je nach dem Fokus der Aufmerksamkeit gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Einige Autoren sehen die Hauptursachen für Burnout in der Persönlichkeit des Helfers, andere betonen die Bedeutung der Arbeitsbedingungen oder die gesellschaftlichen Bedingungen. Enzmann und Kleiber haben unternommen die verschiedenen Ansätze zu systematisieren, in dem sie eine Unterteilung in individuenzentrierte, arbeits- und organisationsbezogene und soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze (vgl. Enzmann & Kleiber 1989, S. 20ff.) vorgenommen haben. Gusy übt in sofern Kritik an dieser Einteilung, da eine Differenzierung zwischen arbeits- und organisationspsychologischen und sozialpsychologischen Theorien wenig sinnvoll ist, da die Interaktion zwischen Helfer und Klient in allen referierten Erklärungsmodellen dieser

Perspektive ähnlich zentral ist (vgl. Gusy 1995, S. 31). Auch ich halte eine Dreiteilung der Ansätze für weniger sinnvoll, da eine eindeutige Zuordnung an manchen Stellen schwierig erscheint.

Die empirischen und theoretischen Arbeiten zum Thema Burnout haben bis dato ein Ausmaß erreicht, welches kaum noch zu überschauen ist. Aus der Fülle von Ansätzen möchte ich hier nur eine kleine Auswahl von Burnout-Konzepten vorstellen. Der Schwerpunkt liegt dabei nicht auf Vollständigkeit. Es ist mir wichtiger die Verschiedenartigkeit der Ansätze innerhalb der beiden dargestellten Betrachtungsweisen aufzuzeigen.

3.2.1 Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze

Der Fokus dieser Ansätze richtet sich auf die Persönlichkeit des Helfers. Die Diskrepanz zwischen Helfererwartungen und der Wirklichkeit des Helferhandelns steht im Vordergrund. Situationale Faktoren werden in den folgenden Ansätzen nur gering oder gar nicht einbezogen. Als individuelle Burnout auslösende Faktoren werden Idealismus und zu hohe Erwartungen genannt.

3.2.1.1 Freudenberger

Nach Ansicht von Freudenberger sind engagierte Menschen, die den äußeren und inneren Druck verspüren zu helfen, solche, die sich einlassen, Ideale haben, und Ansprüche an sich selbst stellen besonders gefährdet Burnout zu erleiden. Nachdem die Helfer bemerken, das sie ihren Idealen nicht gerecht werden können weicht das Überengagement der täglichen Arbeitsroutine. Die Helfer verspüren Langeweile und brennen deshalb aus. Für das in Gang setzen des Burnoutprozesses macht Freudenberger neben unrealistischen, zu hochgesteckten Erwartungen unter anderem auch unangemessene Belohnungserwartungen beziehungsweise erfolgte Belohnungen verantwortlich. Erfolgreiche Helfer, die durch Arbeitsroutinen abstumpfen und unangemessene Belohnungen erfahren sind ebenfalls gefährdet auszubrennen. (vgl. Freudenberger & Richelson 1980, 1983; vgl. nach Gusy 1995, S. 32f.) Hinzu kommt der rapide gesellschaftliche Wandel, der laut Freudenberger die Entstehung von Burnout ebenfalls begünstigt. Die Auflösung von alten Zwängen und der Verlust von verwandtschaftlichen und nachbarschaftlichen Bindungen führt zu einem Klima der Verunsicherung und zur Suche nach

Anerkennung im Beruf, (vgl. Freudenberger & Richelson 1983, S. 25; vgl. nach Enzmann & Kleiber 1989, S. 26) die jedoch oftmals aus bleibt.

3.2.1.2 Schmidbauer

Schmidbauer verzeichnet die Wurzeln der Burnout-Entstehung in der Persönlichkeit des Helfers. Er war es auch, der 1977 in diesem Zusammenhang den Begriff des „Helfersyndroms" prägte. *„Mit diesem Begriff wird eine Situation erfaßt, in der die Hilfsbereitschaft weder spontan noch rollengebunden ist, sondern auf der Abwehr anderer Gefühle oder Handlungsbereitschaften beruht. "* (vgl. Schmidbauer 2002, S. 4f.) *„Das Helfersyndrom beschreibt eine sozusagen naive, von unbewußten Vorstellungen geprägte Motivation für helfende Berufe, die zum Burnout führen kann, weil sie angesichts der Realität der Arbeit zwangsläufig zu Überforderung und Enttäuschung führt."* (vgl. Schmidbauer 2002, S. 13) Die unbewußte Komponente der Helfermotivation hat ihren Ursprung in frühkindlichen Prägeprozessen.

Eine große Bedeutung kommt dem Mangel an Zuwendung und Anerkennung im frühkindlichen Erleben zu. Wird ein Kind nur aufgrund seiner Leistungs- und Anpassungsfähigkeit, und nicht um seiner Selbst willen geliebt, so kommt es zu einer erheblichen Kränkung des Selbstwertgefühls (narzisstische Kränkung). (vgl. Domnowski 2005, S. 35) Um dieses mit Schmerz verbundene Gefühl in späteren Beziehungen zu vermeiden geht der betroffene Helfer nur Beziehungen ein, in denen er der Stärkere, der Gebende, der Versorgende ist. Er fürchtet sich davor, selbst etwas für sich zu fordern und bevorzugt aus diesem Grund helfende Interaktionen. *„Helfer suchen Sicherheit darin, dass sie stärker, vitaler sind als ihre Schützlinge. Sie wehren den naiven Triumph über jeden, der schwächer ist als sie mit Schuldgefühlen ab. Sie triumphieren nicht, sie dienen. Sie verachten die Schwachen nicht, sondern helfen ihnen. Sie sind ganz für die Schwachen da."* (vgl. Schmidbauer 2002, S. 6) Diese ständige Aufopferung für Andere mag den Helfer in gewisser Weise befriedigen, jedoch ist es keinem Menschen möglich ständig nur zu geben. Wenn die Kraftreserven, die dieser Vorgang zweifellos verbraucht, nicht aufgefüllt werden können, ist ein Burnout-Prozess zu befürchten. Schmidbauer hingegen bezeichnet das *„Helfer-Syndrom als völlig harmlos, wenn es durch andere Komponenten der Berufsmotivation ausgeglichen wird. Es führt erst zu schwerwiegenden Nachteilen, wenn ein Ausgleich – z.B. durch spontane Hilfsbereitschaft, die Freude am sozialen Kontakt, das Interesse an anderen Menschen oder das Gefühl von*

Sicherheit über eine (einigermaßen) gut bezahlte und krisensichere Tätigkeit – fehlt." (vgl. Schmidbauer 2002, S. 28)

Schmidbauers Thesen halte ich für einen interessanten Denkansatz, jedoch sollten sie nicht als wissenschaftliches Dogma gewertet werden. Ich halte es für wichtig zu betonen, dass das Helfersyndrom in seiner komplexen Ausprägung auf einer seelischen Störung beruht. Es mag Menschen im Bereich der Pflege geben, die eine solche Persönlichkeitsstörung aufweisen, doch nicht jedes große pflegerische Engagement ist krankhaft.

Auch Fengler übt Kritik an der Auffassung Schmidbauers, da aus seiner Sicht ernsthafte empirische Nachweise der Thesen vom Helfersyndrom fehlen. Der Begriff kennzeichnet in diskriminierender Weise das Helfen insgesamt als etwas pathologisch zwanghaftes. Es gerät in den Verdacht etwas „Unseriöses, Neurotisches, Egozentrisches oder Dummes zu sein" (vgl. Fengler 2001, S. 37) Er hält es ebenfalls für wenig sinnvoll das problematische Helferverhalten mit der Bezeichnung „Syndrom" zu belegen, da es keine Krankheitseinheit darstellt, die mit einheitlichen Symptomen belegt werden kann (vgl. Fengler 2001, S. 95) Fengler schließt sich insofern Schmidtbauers Meinung an, dass eine frühe Weichenstellung hin zum Helferberuf in vielen Fällen nachweisbar ist. In der Aufdeckung dieser Tatsache sieht er auch den Verdienst Schmidbauers verwurzelt (vgl. Fengler 2001, S. 38). Neben den Persönlichkeitsmerkmalen macht er weitere Belastungen für ein Burnout mitverantwortlich: Belastungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis, Belastungen durch Klienten, Belastungen im Team und Belastungen durch die Institution. Für den Beruf des Helfers sind diese Faktoren nichts Ungewöhnliches, jedoch kann sich daraus für einen Teil der Pflegenden eine Gefährdung entwickeln, die sich auf die Dauer destruktiv auf die Gesundheit auswirkt. (vgl. Fengler 2001, S. 91)

3.2.1.3 Fischer

Der Psychoanalytiker Fischer beschränkt sich bei seiner Theorie ganz auf die narzisstisch gestörte Persönlichkeitstheorie. Er versteht Burnout als ein Phänomen von dem Menschen betroffen sind, deren Bedürfnis es ist, sich als etwas Besonderes zu fühlen. Diese Menschen idealisieren ihre Arbeit und messen ihr eine übermäßige Bedeutung bei, um sie als Kennzeichen ihrer eigenen Wichtigkeit zu benutzen. Sie sind nicht in der Lage ihre Tätigkeit nur als Arbeit zu betrachten. Stresshafte Situationen werden nicht vermieden oder verlassen, ganz im Gegenteil,

Ausbrennende verdoppeln ihre Anstrengungen, geben ihre Ideale nicht auf oder reduzieren sie. Sie arbeiten noch intensiver.

Von Burnout Betroffene stellen ihre Selbstachtung über ihre physische Existenz, was unweigerlich in einem Zustand von Erschöpfung endet. Situationalen Faktoren werden in der Theorie von Fischer keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt. Er geht zwar davon aus, das Burnout-Betroffene Anzeichen von Stress zeigen, jedoch ist Burnout nach seiner Auffassung nicht als Ergebnis beanspruchender Situationen zu betrachten, da aufgrund seiner Beobachtungen nicht alle Personen, die stresshaften schwierigen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind auch Burnout-Symptome entwickeln. Aus diesem Grund unterscheidet Fischer zwischen worn-out und burn-out. Als worn-out bezeichnet er das Aufgeben der Ideale sowie eine Verminderung der Arbeitsleistung und des Selbstwertgefühls. Von Burnout betroffene Personen hingegen setzen alles daran ihre Arbeitsbemühungen zu intensivieren um ihren Idealen gerecht zu werden. (vgl. Fischer 1983; vgl. nach Gusy 1995, S. 33; vgl. auch Burisch 2006, S. 54f.; vgl. Enzmann & Kleiber 1989, S. 26f.)

3.2.2 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansätze

Im Mittelpunkt dieser Ansätze stehen verschiedene situationale Bedingungen. Es werden arbeitsorganisatorische, soziale und gesellschaftliche Faktoren beleuchtet. *„Im wesentlichen gilt Burnout in diesen Konzepten als durch den emotional beanspruchenden und erschöpfenden Umgang mit anderen Menschen in der Arbeit verursacht."* (vgl. Gusy 1995, S. 31)

3.2.2.1 Cherniss

Cherniss hat in einer Längsschnittstudie eine kleine, repräsentative Gruppe von professionellen Helfern über einen Zeitraum von 12 Jahren dreimal untersucht. Darunter befanden sich 6 Rechtsanwälte, 7 Gymnasiallehrer, 6 Krankenschwestern und 7 Psychologen im Gesundheitsdienst. (vgl. Cherniss 1999, S. 28ff.)

Bereits im ersten beruflichen Jahr nach dem Abschluss der Ausbildung sahen sich die professionellen Helfer mit unerfüllten Erwartungen und einer Vielzahl von Misserfolgen konfrontiert, die dazu führten, dass sie einen Teil ihrer Zugewandtheit und ihres beruflichen

Engagements verloren. *„Einige schienen in der Tat „auszubrennen“ – Opfer ihres eigenen Idealismus und Opfer auch der wenig unterstützenden Institutionen, in denen sie arbeiteten.“* (vgl. Cherniss 1999, S. 31) Die Betroffenen gerieten in einen Zustand, der in der Literatur als Praxisschock bezeichnet wird. In diesem Fall herrscht eine Diskrepanz zwischen dem beruflichen Alltag wie er ist und wie er sein sollte. Die Konfrontation mit dem Pflegealltag wird auch bei gerade erst examinierten Altenpflegern oft als „böses Erwachen“ erlebt. Von einem Tag auf den anderen kommen die nun „Examinierten“ in eine verantwortungsvolle Position: sie werden allein im Nachtdienst eingesetzt, sind Ansprechpartner für Ärzte du Angehörige der Klienten und sollen teilweise nun selbst Schüler beaufsichtigen und anleiten. Dieser abrupte Rollenwechsel ist bei vielen mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden.

Die Pflege-Realität zwingt die meist noch jungen Pflegekräfte zum Aufgeben von hohen Zielen und Wertvorstellungen. Eine der großen Enttäuschungen ist die Erkenntnis, das viele in der Ausbildung erlernte Fähigkeiten nicht in den Pflegealltag integriert werden können. Der Praxisschock setzt allerdings nicht schlagartig ein. Je nach individueller Verfassung wird er als Gesamtheit mehrerer Frustrationen erlebt. *„Illusionsverluste und Enttäuschungen in den ersten Berufswochen bzw. –monaten können, wenn keine Immunität besteht, Burnout auslösen.“* (vgl. Hölzer 2003, S. 62) Als burnoutverursachende Faktoren hebt Cherniss neben den beschriebenen unrealistischen Erwartungen ein Zusammenwirken von arbeitsbezogenem Stress und defensiven Copingstrategien hervor. Die allgemeinen Anforderungen oder Arbeitsstressoren übersteigen die Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Ressourcen der professionellen Helfer und fördern damit die Entwicklung von Burnout (vgl. Cherniss 1980; vgl. nach Enzmann 1996, S. 28). Bezüglich der arbeits- und organisationsbezogenen Faktoren nennt Cherniss folgende Stressquellen: Zweifel an der eigenen Kompetenz aufgrund fehlender Autonomie, Schwierigkeiten mit Klienten, Routine und Langeweile am Arbeitsplatz, Fehlen kollegialer Unterstützung und bürokratische Hemmnisse. (vgl. Cherniss 1999, S. 43ff.) Cherniss begründet Burnout mit dem Zusammenwirken von arbeitsbezogenem Stress und defensiven Copingstrategien. Die Helfenden sind nicht mehr in der Lage, dem erlebten Stress durch aktive Bewältigung zu begegnen, das dazu führt, das sie viel Energie benötigen, die dann wiederrum den Klienten an emotionaler Zuwendung entzogen wird. Die Helfer distanzieren sich von ihren Klienten und es beginnt ein Prozess der „Entemotionalisierung“ in der Helfer-Klient-Beziehung. (vgl. Cherniss 1980; vgl. nach Enzmann 1996, S. 28)

3.2.2.2 Pines, Aronson und Kafry

Pines, Aronson und Kafry (1993, S. 13f.) beschreiben das Ausbrennen als einen seelischen Zustand, der häufig bei den Menschen zu beobachten ist, die mit anderen Menschen arbeiten und in der Interaktion mit Klienten, Vorgesetzten oder Kollegen die Gebenden sind. Die Autoren betonen, dass das Ausbrennen vor allem Menschen betrifft, die einmal besonders begeisterungsfähig und idealistisch waren.

Pines et al. (1993, S. 25) unterscheiden in ihren Betrachtungen Ausbrennen (Burnout) von Überdruss (Life tedium). Beides sind Empfindungen des vergeblichen Strebens nach Idealen, des Unglücks und der Unzufriedenheit, jedoch unterscheiden sie sich in ihrem Ursprung. *„Überdruss kann aus jeder chronischen Belastung (geistiger, körperlicher oder emotionaler Art) entstehen; das Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen."* (vgl. Pines, Aronson & Kafry 1993, S. 25) Die Autoren weisen darauf hin, das das Syndrom des Ausbrennens auch fast immer Überdruss mit beinhaltet. Die Differenzierung der beiden Begriffe scheint lediglich der Abgrenzung von helfenden gegenüber nicht helfenden Berufen bezüglich der auftretenden Belastungserscheinungen zu dienen, da Überdruss als typisch für die Arbeit in bürokratischen Organisationen beschrieben wird (vgl. Pines, Aronson & Kafry 1993, S. 81ff.) Burnout und Überdruss zeichnen sich insbesondere durch Erschöpfungszustände auf körperlicher, emotionaler und geistiger Ebene aus. Körperliche Erschöpfung äußert sich in Energiemangel, chronischer Ermüdung aber auch erhöhter Anfälligkeit für Krankheiten, emotionale Erschöpfung ist gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, und geistige Erschöpfung beinhaltet negative Einstellungen sich Selbst und dem Klienten gegenüber, die sich in Versagensgefühlen, Gefühlen von Wertlosigkeit und in Zynismus und Intoleranz gegenüber dem Klienten äußern. (vgl. Pines, Aronson und Kafry 1993, S. 27ff.) Zu den drei häufigsten Ursachen des Ausbrennens in helfenden Berufen zählen die Autoren die emotional belastenden Aspekte der Arbeit, Persönlichkeitsmerkmale des Helfers, sowie die klientenzentrierte Orientierung.

3.2.2.3 Maslach & Leiter

Maslach & Leiter verorten die Entstehungsursache von Burnout im Verantwortungsbereich der Unternehmen. Burnout ist nach Ansicht der Autoren ein Anzeichen von großen Missständen

innerhalb eines Unternehmens und sagt mehr über das Arbeitsumfeld als über den einzelnen Menschen aus. Das Auftreten von Burnout ist um so wahrscheinlicher je größer die Diskrepanz zwischen den Merkmalen des Berufes und der Person ist. Dieses Missverhältnis äußert sich in 6 Burnout auslösenden Faktoren:

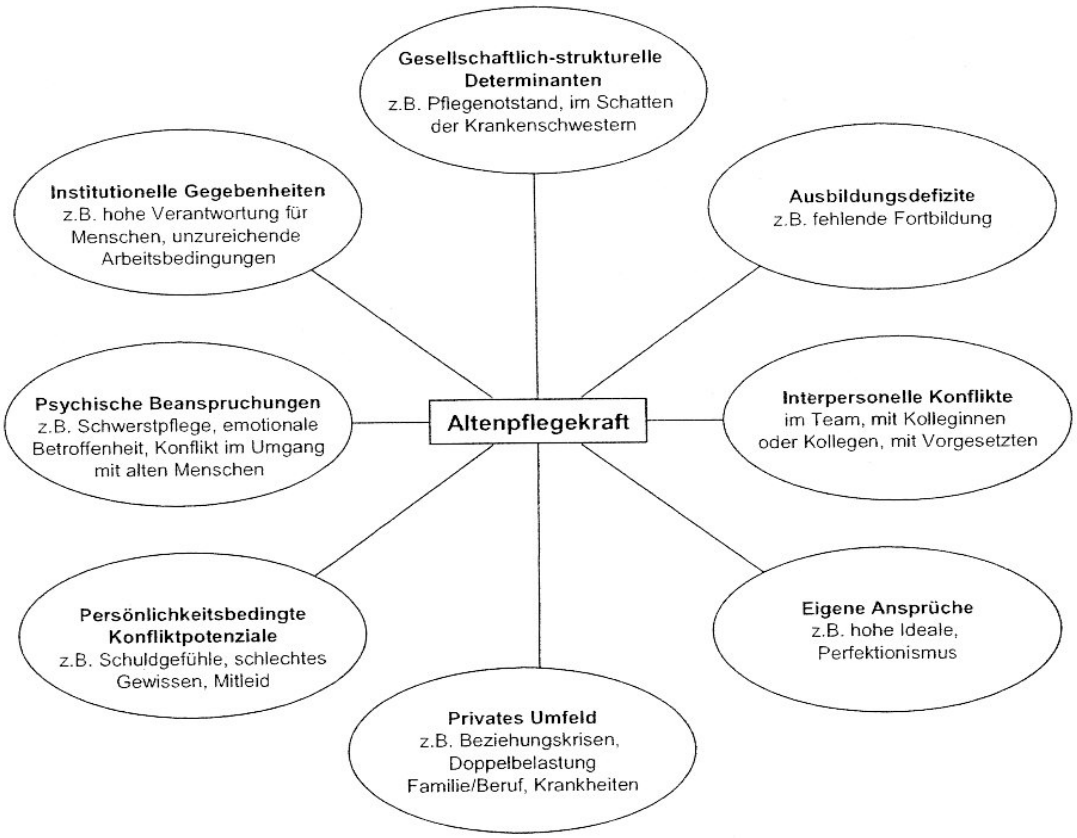
- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Unzureichende Belohnung
- Zusammenbruch von Gemeinschaftsgefühlen
- Fehlen von Fairness und
- Wertekonflikte. (vgl. Maslach & Leiter 2001, S. 41)

Die Studien der Autoren haben nach eigenen Angaben ergeben, *„dass Burnout nicht das Problem der Menschen selbst ist, sondern das Problem des sozialen Umfeldes, in dem Menschen arbeiten. Die Strukturierung und Ausgestaltung des Arbeitsplatzes prägt die Interaktion zwischen den Menschen und der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit erledigen. Wenn das Arbeitsumfeld die menschliche Seite der Arbeit nicht berücksichtigt, dann steigt das Risiko von Burnout […].”* (vgl. Maslach & Leiter 2001, S. 19f.)

3.3 Tätigkeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen der Pflegenden in der stationären Altenpflege

Da ich mich im Rahmen dieser Arbeit speziell mit dem Auftreten von Burnout beim Pflegepersonal in der stationären Altenpflege beschäftige möchte ich mein Hauptaugenmerk auf die tätigkeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen der Pflegenden richten und diese näher beleuchten. Im Bereich der Altenpflege liegen spezielle Belastungspotentiale (Abbildung 3) vor. Das Pflegepersonal steht in einem regelrechten Spannungsfeld zwischen anspruchsvollen Behandlungsplänen, hoher Verantwortung, Mangel an Autorität und Anerkennung, Konfrontation mit Sterben und Tod, chronischer Personalknappheit, permanenter Auseinandersetzung innerhalb der komplexen Organisation Altenheim, Zeitdruck, hohe Personalfluktuation und Umgang mit schwierigen Klienten. Hinzu kommt die ständige Verpflichtung zur beruflichen Weiterbildung aufgrund des rasant wachsenden Wissens im Gesundheitsbereich.

Abbildung 3: Hauptbelastungsbereiche von Altenpflegekräften



(vgl. Zellhuber 2005, S. 78)

3.3.1 Die besondere Pflegebeziehung

Das Pflegeheim ist für den Großteil der Bewohner ein zu Hause, in dem sie ihren letzten Lebensabschnitt verbringen. Im Gegensatz dazu verhält es sich in einem Krankenhaus vollkommen anders. Dort werden die Patienten über eine gewisse Zeit aufgenommen um es bestenfalls nach der Genesung wieder zu verlassen. Aufgrund der langen Verweildauer der Klienten im Altenheim weisen die Beziehungen zwischen Pflegenden und Bewohnern andere Strukturen auf, als beispielsweise in Kliniken mit ständig wechselndem Klientel.

Durch den täglichen Umgang mit den Bewohnern sind Pflegesituationen durch einen hohen Grad von Intensität und Intimität gekennzeichnet bedingt durch die körperliche Nähe und dem gemeinsamen Erleben von Ausnahme- und Krisensituationen. Es kommt zur Entstehung von familienähnlichen Strukturen, die eine freie Wahl und Gestaltung von Nähe und Distanz besonders erschweren. (vgl. Schmidt 2004, S. 204f.)

Gesunde Pflegebeziehungen erfordern jedoch das gesunde Regulieren von Nähe und Distanz, dies gelingt aber nicht immer. Einige Pflegende distanzieren sich zu weit von den zu Betreuenden, so dass überhaupt kein Kontakt mehr zu ihnen besteht, um bloß nicht durch all zu enge Beziehungen zu den alten Menschen auch ihre Schmerzen, Leiden und Schwäche zu spüren, betrachten sie die zu Pflegenden nur als „Gegenstand“ eigener Arbeit. Andere dagegen übertragen unbewusst Erinnerungen an die eigenen Eltern oder Großeltern auf die Beziehungen zu alten Menschen, fühlen sich in die Kindheit versetzt und suchen die größere Nähe zu den zu Betreuenden. Es kann zur Entwicklung eines hohen Grades an Offenheit und Empfangsbereitschaft seitens des Pflegenden gegenüber dem Pflegeempfänger kommen. *„Grundlegende Aufgeschlossenheit für den anderen, frei von Bewertung und Tadel, ist gewiß eine gute Vorraussetzung für den Beruf des Helfers. Aber dieses Sich-Öffnen hat eben eine gefährliche Kehrseite, und da geht es dem Helfer an die Substanz.”* (vgl. Fengler 2001, S. 56) Auch Pflegende hegen Gefühle gegenüber ihren Klienten. Wer eine Ausbildung im Bereich der Altenpflege abschließt, schaltet nicht gleichzeitig seine Gefühle ab. Die Gefahr liegt in der emotionalen Verstrickung mit den Klienten. Dies kann mehr Stress verursachen als sonst irgendetwas (vgl. Fontana 1991, S. 60).

Professionelle Pflege ist nicht gleichzusetzen mit Gefühlsarmut und strikter Distanz. Eine für beide Seiten gesunde Beziehung kann dann entstehen, wenn der Pflegende in der Lage ist, ein ausgewogenes Maß an Nähe und Distanz zu finden.

3.3.2 Mangel an Anerkennung

Vitalität und Attraktivität sind in unserer Gesellschaft Werte, denen jeder versucht in einem gewissen Maß zu entsprechen. Alte Menschen können dem nur in den seltensten Fällen gerecht werden. Sie erfahren eine geringere Wertschätzung als junge Menschen, ganz besonders wenn das hohe Alter mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit zusammentrifft. Da der Status der Pflegenden mit dem der Gepflegten assoziiert wird (vgl. Benner & Wrubel 1997, S. 417), gilt die Betreuung alter und kranker Menschen als weniger wertvoll. Die Nähe der Pflege zur „Hausarbeit” (vgl. Zellhuber 2005, S. 81) und „Frauenarbeit” (vgl. Benner & Wrubel 1997, S. 416) verstärkt diesen Faktor zusätzlich. Eine starke Belastung für die Pflegenden ist nicht nur die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des Berufes, sondern auch die damit verbundene unangemessene Bezahlung. Die Altenpflege ist bis heute in ihrem sozialen und finanziellen

Status nicht mit der Krankenpflege gleichgestellt. Altenpfleger fühlen sich im Vergleich zu ihren Kollegen, die in den Krankenhäusern tätig sind, benachteiligt und sehen sich als zweite Wahl (vgl. Hölzer 2003, S. 42)

Die Öffentlichkeit erkennt die Pflege, im Gegensatz zur Medizin, nicht als eine eigenständige Profession an. „Pflegen kann jeder!" ist ein beliebter Ausspruch mit dem gerade wir Studenten der Pflegewissenschaft besonders häufig konfrontiert werden. Ein Zitat von Benner und Wrubel (1997, S. 416) scheint mir an dieser Stelle besonders passend: *„Solange die Gesellschaft die Verheißungen der Gesundheitstechnologie überbewertet und dabei vergißt, welch enormes pflegerisches Engagement nötig ist, um die von diesen Verheißungen gesetzten Ziele zu erreichen, werden alle diejenigen, die anderen Pflege, Sorge und Zuwendung schenken, unsichtbar und unterbewertet bleiben."* Altenpflegekräfte haben es immer noch schwer, ihre Tätigkeit überhaupt als berufliche Arbeit durchgesetzt zu bekommen (vgl. Zellhuber 2005, S. 81). Ein Mangel an beruflichen Ansehen führt dazu, das sich der Mensch, der diesen Beruf ausübt, in seinem Selbstwertgefühl geschwächt fühlt. Wenn meine Arbeit, die ich leiste so wenig Wertschätzung erfährt, so bin ich als Mensch ebenfalls weniger wertvoll für die Gesellschaft. Die Übertragung des negativen Bildes der Altenpflege auf die Mitarbeiter führt immer wieder zu Konfrontationen. Es stellt eine erhöhte Belastung dar, wenn man sich ständig mit Vorurteilen auseinandersetzen und sich für seine Tätigkeit rechtfertigen muß.

Um das Ansehen der Altenpflege zu steigern, bedarf es einer stärkeren Öffentlichkeitsarbeit, der Vermittlung eines positiveren Altersbildes (vgl. Kruse et al. 1992, S. 137) und Aufklärung über die Leistungen, die im Rahmen der Altenhilfe erbracht werden.

3.3.3 Konflikte mit Angehörigen

Die Beziehung der Pflegekräfte zu den Angehörigen ist ein wichtiger und denn noch belastender Faktor. Angehörige stellen zu einem den letzen Bezug zur Außenwelt für die Bewohner dar, anderer seits sind sie auch die Verbindung zum „alten Leben" vor dem Heimeinzug. Aus diesen Gründen gilt es, die Beziehung zwischen Klient und Angehörigen zu fördern. Die Interaktion zwischen Pflegepersonal und Angehörigen stellt allerdings auch einen belastenden Faktor dar, der sich negativ auf das Erleben der Berufssituation auswirken kann (vgl. Kruse et al. 1992, S. 138).

Der Einzug in ein Altenheim stellt nicht nur den neuen Bewohner, sondern auch seine Angehörigen vor große Veränderungen. Diese Umbruchphase birgt für beide Seiten eine psychische Belastung. Angehörige, die ihren Verwandten vor dem Heimaufenthalt noch gepflegt haben, erleben diese Situation als Funktionsverlust. Sie geben ein nahes Familienmitglied, für das sie bislang die Pflege übernommen haben, in fremde Hände. Diese Anforderungen nicht mehr erfüllen zu können ist verbunden mit einem Gefühl des Versagens. Die professionell Pflegenden werden nicht als Hilfen, sondern als Rivalen betrachtet. Es kommt zu übersteigerten Anforderungen an das Personal (vgl. Zellhuber 2005, S. 86), die nur in den seltensten Fällen zur Zufriedenheit der Angehörigen erfüllt werden können. Hier entstehen Reibungspunkte, die nur durch ein klärendes Gespräch zwischen Angehörigen und Pflegenden beseitigt werden können. Im Stationsablauf bleibt jedoch wenig Zeit dafür, was den Konflikt zwischen beiden Seiten zusätzlich verstärkt. (vgl. Zellhuber 2005, S. 86) Angehörige werden noch viel zu selten als Kooperationspartner, sondern eher als Zusatzbelastung erlebt. In vielen Fällen ist es jedoch der Mithilfe der Familie zu verdanken, das eine auf den Klienten individuell zugeschnittene Pflege durchgeführt werden kann. Viele Informationen im Bereich der Biographiearbeit, von beispielsweise dementen Bewohnern, kommen von nahen Angehörigen. Es gilt sie als Partner in die Pflege zu integrieren.

Bei schwerst pflegebedürftigen alten Menschen tritt bei den Angehörigen das Gefühl des Funktionsverlustes in den Hintergrund, es überwiegt der Gedanke, froh zu sein, den Betroffenen nicht mehr zu Hause pflegen zu müssen. Obwohl diese Reaktion nur menschlich ist, ruft sie bei den Angehörigen Schuldgefühle hervor. Diese versuchen sie wiederum zu kompensieren, in dem sie sich bei Besuchen im Pflegeheim besonders liebevoll und fürsorglich um ihr Familienmitglied kümmern. Eine solch übertriebene Fürsorglichkeit ist im Rahmen einer professionellen Pflege nicht möglich und auch nicht gewollt. Angehörige verlagern ihre Schuldgefühle auf das Pflegerpersonal in dem sie ihnen eine ungenügende Pflege vorwerfen. (vgl. von Klitzing & von Klitzing,1995, S. 119)

Häufig hegen auch Pflegende das Gefühl, das die pflegebedürftigen Menschen aus Desinteresse der Angehörigen in ein Pflegeheim „abgeschoben" werden. Dieses Vorurteil resultiert aus einer mangelnden Kenntnis über die Familiensituation (vgl. Kruse et al. 1992, S. 138) und die Umstände, unter denen die Heimaufnahme erforderlich wird. In diesem Fall vermeiden die Pflegenden den Kontakt mit den Angehörigen und klärende Gespräche bleiben aus. Dieser Umstand erhöht das Konfliktpotential erheblich.

Der schlechte Ruf der Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland, trägt dazu bei, das viele Menschen Angst haben, ihre Angehörigen dort unterzubringen. In den Medien werden Beiträge gezeigt über die Mißstände in den Pflegeheimen. *„Angehörige sind oft der Meinung, das die alten Menschen in den Heimen beziehungslos abgefertigt werden."* (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 31) Einzelfälle werden auf den gesamten Berufsstand der Altenpflege projiziert. Die Pflegenden sehen sich mit Aggressionen und Vorwürfen einer schlechten Pflege konfrontiert, die oft nicht der Wahrheit entsprechen (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 31).

Auch ein Fehlen oder der Rückzug von Angehörigen stellt für das Pflegepersonal eine Belastung dar. Die Kontakte zu Angehörigen beschränken sich in vielen Fällen auf sporadische Treffen. Pflegende nehmen in diesem Fall nicht selten die Rolle der Familie ein. Auf sie ist die ganze Zuwendung und der *„Hunger nach Kontakt"* (vgl. von Klitzing, von Klitzing 1995, S. 112f.) gerichtet. Können aufgrund von Zeitmangel die Aufmerksamkeits- und Zuwendungsbedürfnisse des Klienten nicht befriedigt werden, entsteht beim Bewohner Frustration und Ärger. Damit sind viele Pflegende überfordert. Sie fühlen sich am Ende eines Arbeitstages leer und ausgebrannt (vgl. Fengler 2001, S.55; vgl. auch Domnowski 2005, S. 45)

„Ein informativer und aktiver Einbezug von Angehörigen in den Pflegealltag wirkt sich förderlich für die Kommunikation und das Miteinander von Pflegenden und Angehörigen aus. Gelingt eine konstruktive Integration, können sowohl die Lebensqualität der Bewohnerinnen verbessert als auch Belastungseffekte für die Mitarbeiterinnen reduziert werden." (vgl. Zellhuber 2005, S. 86)

3.3.4 Bewohnerstruktur

Die Anzahl von schwer und schwerst pflegebedürftigen alten Menschen in den stationären Altenpflegeeinrichtungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Soweit es möglich ist, werden pflegebedürftige Personen durch ihre Angehörigen oder auch durch ambulante Pflegedienste versorgt, so das eine Altenheimaufnahme erst sehr spät erfolgt. Das Klientel, das in den Pflegeheimen betreut wird, weist erhebliche Alltagseinschränkungen und einen hohen Pflegebedarf auf. (vgl. Zimber, Albrecht, Weyerer 2000, S. 272) Die meisten Erkrankungen, die die Bewohner aufweisen, sind chronisch und verschlechtern sich in ihrem weiteren Verlauf. Hinzu kommt, das ein Großteil der Klienten multimorbid ist. Die Pflegenden werden mit einer Vielzahl von Erkrankungen konfrontiert. Von ihnen werden fundierte Kenntnisse im Bereich

der geriatrischen Krankheiten, so wie Zeit und Geduld im Umgang mit den Klienten verlangt. (vgl. Hölzer 2003, S. 73) Die Behandlungspflege ist verknüpft mit hohen Leistungsansprüchen an die Pflegekräfte, jedoch bleiben Erfolgserlebnisse aufgrund von Multimorbidität und des fortschreitenden Alters oft aus. (vgl. von Klitzing, von Klitzing 1995, S. 118) Diese beiden Faktoren wirken sich ebenfalls gravierend auf Aktivierungs-, Mobilisierungs- und Motivationsbemühungen aus. Die ständige Konfrontation mit den eigenen Defiziten läßt die betroffenen Bewohner resignieren. Sie selbst, wie auch das Pflegepersonal, müssen miterleben, das trotz aller Bemühungen keine Besserung, in vielen Fällen sogar eine Verschlechterung, des Gesundheitszustandes eintritt. *„Wo wir all unsere Fähigkeiten einsetzen und doch nicht die gewünschte Wirkung erzielen können, entsteht ein Gefühl von Ohnmacht, von beruflichem Versagen und Ärger gegenüber dem* [*Klienten*]*."* (vgl. Fontana 1991, S. 62) Den Pflegenden sollte vor allem klar werden, das es in der Altenpflege nicht um die Beseitigung von Symptomen, oder gar um die Heilung von schweren Erkrankungen geht. Die Erhaltung, wenn möglich sogar die Verbesserung der Lebensqualität der alten Menschen hat oberste Priorität.

Neben den benannten körperlichen Beeinträchtigungen weist ein Großteil der Klienten zusätzlich psychische Störungen, vordergründig demenzielle und depressive Erkrankungen auf, (vgl. Zimber, Albrecht, Weyerer 2000, S. 272) die in den letzten Jahren erheblich zugenommen haben. Nach Schätzungen von Hölzer (2003, S. 83) macht diese Klientengruppe zirka 40 Prozent der Heimbewohner in Deutschland aus. Isfort und Weidner (2003, S. 604) weisen speziell auf den deutlichen Zuwachs demenziell veränderter Bewohner hin. *„Mittlerweile sind in über 35 Prozent der Einrichtungen die Hälfte oder sogar mehr als die Hälfte der Bewohner demenziell verändert. Experten erwarten zukünftig eine weitere Zunahme."* (vgl. Isfort, Weidner 2003, s. 604) Mit diesem Klientel ist oftmals ein aufwändiger Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand verbunden. Der Umgang mit dementen Bewohnern erfordert vom Pflegepersonal spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten. *„Die senile Demenz vom Alzheimer Typ ist […] neben anderen organischen Hirnleistungsschwächen am häufigsten anzutreffen."* (vgl. Hölzer 2003, S. 75)
Das Krankheitsbild der Demenz ist sehr vielschichtig und kompliziert. Im Lexikon der Medizin wird Demenz unter anderem als *„[…] Beeinträchtigung der Fähigkeit Alltagsprobleme zu lösen, [als] Reduzierung sensomotorischer und sozialer Fähigkeiten, der Sprache und Kommunikation sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen. […] Die Demenz vom Alzheimer Typ führt zu völligem geistigen und körperlichen Verfall."* (vgl. Zetkin & Schaldach 1998, S. 411) An dieser Stelle möchte ich nur kurz ein paar Symptome der Demenz anreißen, um deutlich zu machen,

welch große Belastung die Betreuung von dementen Bewohnern für das Pflegepersonal mit sich bringt. Hauptsymptome der Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium sind unter anderem: Desorientierung, Vergesslichkeit, Charakterveränderungen, Stimmungsschwankungen, Gefühlsstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz, zusätzlich können die betroffenen Personen eine Weglauftendenz aufweisen. (vgl. Hölzer 2003, S.75) Auf den Pflegenden lastet ein hoher Verantwortungsdruck möglichen Risiken und Gefahren, die die Bewohner nicht mehr selbst abschätzen können, vorzubeugen. Die Pflege dementer Menschen verlangt neben sehr viel Toleranz und Empathie ein hohes Maß an fundiertem Wissen über Umgang mit diesen Klienten. Von schwer dementen Bewohnern sind fast keine positiven Rückmeldungen oder gar Äußerungen von Sympathie zu erwarten. Sie erkennen das Pflegepersonal oftmals nicht wieder und reagieren aus diesem Grund mit Angst und Aggression, da für sie nicht nachvollziehbar ist, was all diese Menschen um sie herum, in diesem Fall das Pflegepersonal, von ihnen wollen. Die gereizte Stimmung des dementen Bewohners überträgt sich auf die Pflegekräfte. (vgl. Hölzer 2003, S. 76) Ich habe es oftmals erlebt, das Pflegende auf die Äußerungen dementer Klienten mit Kränkung und Aggressivität reagieren. Man erwartet Dank und Anerkennung, wenn man das Beste zum Wohl des Klienten tut, jedoch wird man auch unerwartet mit Feindseeligkeit konfrontiert. Ist sich die Pflegeperson nicht im Klaren darüber, das dies ein reines Krankheitssymptom ist, so werden diese Kränkungen zur Belastung. Die Kommunikation mit dementen Bewohnern ist vordergründig durch hohe Barrieren sprachlicher, kognitiver und emotionaler Art gekennzeichnet, die einer Verständigung immer wieder im Wege stehen. (vgl. Fengler 2001, S. 60) Man beginnt ihnen etwas zu erklären, jedoch haben sie das Gesagte bereits im nächsten Augenblick vergessen. Oftmals verfallen Pflegende in dieser Situation in ständige Wiederholungen, *„der eigene Verhaltensfluß wird so immer wieder blockiert [und] muß neu in Gang gebracht werden […].”* (vgl. Fengler 2001, S. 60) Dieses Erscheinungsbild führt dazu, das die Pflegenden nie an ihr Ziel gelangen, dies kann zur Frustration und Berufsmüdigkeit führen.

Eine adäquate Pflege Demenzkranker ist nur durch speziell geschultes Personal in ausreichender Besetzung zu erbringen. Unter den heute üblichen Bedingungen in den Altenheimen ist eine solche Pflege kaum durchzuführen und überfordert das Personal. (vgl. Hölzer 2003, S. 76)

3.3.5 Physische Belastungen

Die Arbeit in einer geriatrischen Pflegeeinrichtung ist verbundenen mit einer großen physischen Belastung. Neben einer übermäßigen körperlichen Beanspruchung wird in diesem Zusammenhang auch der Schichtdienst als erheblicher Belastungsfaktor empfunden.

Die Versorgung der Bewohner muß rund um die Uhr, sieben Tage in der Woche, sicher gestellt werden. Dieser Umstand macht die Arbeit im Schichtdienst unvermeidbar. Der Körper folgt einem normalen Biorhythmus mit Arbeitsphase und Schlafphase (vgl. Fontana 1991, S. 45). Eine Verschiebung des normalen Wach- und Schlafrhythmus stellt ein erhebliches physisches Belastungspotential dar (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 34) Das trifft vor allem auf die Arbeit im Nachtdienst zu. Die daraus resultierenden Schlafschwierigkeiten und Veränderungen im Sozialverhalten sind mit Streß verbunden. (vgl. Benner & Wrubel 1997, S. 438) Der fehlende Schlaf in der Nacht kann am Tag nur unzureichend nachgeholt werden. Der Körper ist am Tag verstärkt äußeren Einflüssen, wie zum Beispiel Tageslicht und Lärm, ausgesetzt. Die Schlafintervalle sind deutlich kürzer als in der Nacht. Erst eine Reihe von aufeinander folgenden Nachtdiensten erleichtert eine Anpassung des Schlaf- und Wachrhythmus.

Späte und unregelmäßige Arbeitszeiten wirken sich ebenfalls belastend auf das Familen- und Privatleben aus. Kindererzeihung und Partnerschaft lassen sich nur schwer mit der Arbeit in Schichten vereinbaren (vgl. Zellhuber 2005, S. 92). Es ist ganz besonders schwer Kontakte zu Kollegen außerhalb der Dienstzeit aufzubauen oder aufrecht zu erhalten. Unterschiedliche Dienstzeiten ermöglichen oftmals nur sporadische Treffen. Die wenige Zeit für zwischenmenschliche Beziehungen zwischen den Mitarbeitern führt zu *„wechselseitigen Mißverständnissen und Mißtrauen, die leicht zu Rivalitäten und Mißgunst im Kollegenkreis führen können"* (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 34).

Aufgrund von erheblichen Mobilitätseinschränkungen der Bewohner, ist es notwendig sie bei den Tätigkeiten im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege zu unterstützen. Dies ist mit einer erhöhten körperlichen Beanspruchung für das Pflegepersonal verbunden. Die aufwändigen Transfers, die mehrmals täglich notwendig sind um die Bewohner zu mobilisieren, erfordern ein hohes Maß an körperlichem Einsatz Seitens des Pflegepersonals. Folge dessen sind Wirbelsäulen- und Bandscheibenschäden (vgl. Zellhuber 2005, S. 94). Über 80 Prozent der Pflegenden klagen über gelegentliche, häufige oder ständige Rückenschmerzen (vgl. Hölzer

2003, S. 39). Auch das viele Laufen über die meist langen Stationsflure begünstigt diese Entstehung.
Bereits in der Ausbildung, und später im Rahmen von einrichtungsinternen Weiterbildungen, werden Grundlagen einer rückenschonenden Arbeitsweise vermittelt. Das Gelernte findet in der Hektik des Stationsalltages jedoch nur selten Anwendung.
Hilfsgeräte, wie mobile Personenlifter, gehören heute zur Grundausstattung einer jeden Pflegeeinrichtung. Jedoch sind sie aus Kostengründen nur in geringer Anzahl vorhanden (vgl. Zellhuber 2005, S. 94). Ich war in einem Pflegeheim tätig, in dem es einen Personenlifter für 100 Bewohner gab. Streitigkeiten über das Vorrecht seiner Nutzung sind unter dem Pflegepersonal vorprogrammiert. Um unter anderem dies zu verhindern, neigen die Pflegenden dazu, ihre eigene Körperkraft einzusetzen. Die zum Teil komplizierte Handhabung (vgl. Zellhuber 2005, S. 94) und die ängstliche Ablehnung durch die Bewohner sind weitere Gründe für den Verzicht.

3.3.6 Konfrontation mit Sterben und Tod

Der Umgang mit dem Thema Sterben und Tod ist in den Alten- und Pflegeheimen zu einem fast alltäglichen Prozess geworden. Viele alte Menschen ziehen erst mit einem sehr hohen Alter in ein Pflegeheim. Das führt dazu, das die Verweildauer der Klienten dort relativ gering ist. Sie beträgt durchschnittlich ein halbes Jahr. (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 31)

Die Pflegenden werden so täglich mit den Grenzen ihrer eigenen Existenz konfrontiert. Es stellt sich die Frage, wie es einem selbst ergehen wird. *„Ein Gefühl von Sinnlosigkeit, auch der eigenen Existenz, entsteht."* (vgl. Hölzer 2003, S. 44) Von Klitzing & von Klitzing (1995, S. 110f.) betrachten die Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod ebenfalls als Belastung für das Pflegepersonal, schätzen jedoch die Gefahr der eigenen Identifikation als sehr gering ein, da es sich in der Regel um sehr alte Menschen handelt und dieser Umstand den Pflegenden mehr Abgrenzung ermöglicht. Es fällt leichter den Tod eines alten Menschen zu akzeptieren, als beispielsweise den Tod eines Kindes. Es liegt im Lauf der Dinge, das der Mensch nicht unsterblich ist. Der Tod gehört unausweichlich zum Leben dazu.

Viele Pflegende entwickeln eine persönliche Bindung zum Bewohner, ganz besonders wenn dieser schon längere Zeit in der Einrichtung lebt. Dieser Umstand erschwert es, Abschied zu nehmen und den Verlust zu verarbeiten. *„Das Leid der Bewohner wird leicht zum persönlichen*

Problem, die Zuneigung und persönliche Beziehung zum Dilemma." (vgl. Bermejo & Muthny 1994, S. 31) Im Gegensatz dazu, kann der Tod eines sehr pflegeintensiven Menschen eine Arbeitserleichterung und seelische Entlastung darstellen. Dies als positiv und befreiend zu erleben, ist weder verwerflich noch pietätlos. (vgl. Hölzer 2003, S. 44)

Eine weitere große seelische Kraftanstrengung stellt die Sterbesituation als solches dar. Bei vielen Bewohnern geht dem Tod ein langes Leiden voraus. Der Tod trifft nicht überraschend ein. Ich habe es oftmals erlebt, das erfahrene Pflegekräfte abschätzen können, ob jemand die Nacht noch überlebt oder nicht. Das warten auf den Tod birgt eine große nervliche Belastung für das gesamte Team. Besonders junge Altenpfleger, die noch nicht lange in dem Beruf tätig sind, fürchten sich vor dieser Situation. Die Mitarbeiter fühlen sich auf die Sterbesituation nicht gut vorbereitet und allein gelassen . Es gilt, neben dem Sterbenden auch das Personal auf diesem Weg adäquat zu begleiten. Kruse et al. (1992, S. 133) schlagen zu diesem Zweck eine psychologisch geführte Gesprächsgruppe vor, die es den Pflegenden ermöglicht, ihre eigene Trauer und Betroffenheit zum Ausdruck zu bringen und sich selbst mit der Angst vor dem eigenen Tod auseinander zu setzen. *„Den Schmerz zu zulassen [und darüber zu reden] stellt langfristig die fruchtbarste Bewältigungsstrategie dar."* (vgl. Benner & Wrubel 1997, S. 426)

Oftmals läßt die Hektik des Stationsalltages es nicht zu, den Sterbenden in dem Maße zu begleiten und zu betreuen wie es notwendig wäre. Dieser Umstand ruft in vielen Pflegekräften Gewissensbisse hervor. So stellen Schuldgefühle, in dieser ohne hin bereits schwierigen Situation, eine weitere Belastungsquelle dar.(vgl. Kruse et al. 1992, S. 132; vgl. auch Hölzer 2003, S. 46) Dieser Umstand wird durch die ökonomischen Rahmenbedingungen noch zusätzlich gefördert. Der Verstorbene muß möglichst schnell „entsorgt" werden um eine schnelle Weiderbelegung des frei gewordenen Bettes zu gewährleisten. Das ethische Empfinden der Pflegenden wird stark belastet. Ihnen bleibt kaum Zeit in Ruhe Abschied zu nehmen und das Gedenken an den Verstorbenen zu bewahren. (vgl. Hölzer 2003, S. 47)

3.3.7 Das Erleben von Ekelgefühlen

Der Umgang mit pflegebedürftigen alten Menschen ist nicht nur schwierig, er kann auch in einigen Situationen als Ekel erregend erlebt werden. Ekel in der Pflege gilt jedoch heute noch, besonders unter gestandenem Pflegepersonal, als Tabuthema.

Ekelerregende Situationen im Pflegealltag lassen sich in drei Schweregrade, von unangenehm bis grauenhaft, einteilen. Es wird als unangenehm empfunden, wenn kulturelle Grenzen überschritten werden. Dazu gehört beispielsweise, das Ausscheidungen statt in der Toilette, im Bett sind; Vorhänge als Taschentücher benutzt werden und das Fehlen von Tischmanieren. Ein stärkeres Ekelgefühl wird durch die Konfrontation mit absterbendem Gewebe, großen Dekubiti, Wunden und Eiter hervorgerufen. Als definitiv grauenhaft gilt, wenn Heimbewohner ihren eigenen Kot essen. Generell werden Situationen, die mit der Verunreinigung des Mundes einhergehen als besonders Ekel erregend empfunden. (vgl. nach Sowinski 1991, S. 185; vgl. Ringel 2000, S. 33) Das Schlimmste daran ist der direkte Kontakt der Pflegenden mit den entsprechenden Ausscheidungen, wie Sputum und Erbrochenem. (vgl. nach Hanft 1996, vgl. Ringel 2000, S. 33)

Dem kann ich nur zu stimmen. Ich kann mich bis heute nicht an die Geräusche gewöhnen, die ein Klient beim Erbrechen von sich gibt, ganz zu schweigen von dem Anblick und dem Geruch. Ich kann mich an meine erste Woche als Schülerin im Altenheim erinnern. Es gab sehr viele Dinge, die ein Gefühl des Ekels in mir hervor gerufen haben, seien es die diversen Ausscheidungen der Bewohner oder auch nur der Anblick eines von Leiden gezeichneten alten Körpers beim morgendlichen Waschen. Zu Hause hatte ich dann das Gefühl, selbst schmutzig zu sein und die diversen Gerüche nicht mehr los zu werden. Ringel schildert das als Befürchtung *„die ekligen Situationen nicht abschütteln zu können [und sie] dem Körper anhaftend, mit nach Hause zu nehmen."* (vgl. Ringel, 2000, S.34) Jedoch erhöht sich im Laufe der Pflegetätigkeit die Toleranzgrenze, bezüglich dessen, was als Ekel erregend wahr genommen wird. *„Während die Nacktheit der [Klienten] zum Beispiel bei der Körperpflege irgendwann als gegeben hingenommen wird und es zu einer bedingten Gewöhnung im Umgang mit Stuhl und Urin kommt, wird eine Gewöhnung an Erbrochenes und Sputum verneint."* (vgl. nach Hanft 1996, vgl. Ringel 2000, S. 34)

Die Körperpflege kann im Heimbewohner sexuelle Wünsche und Bedürfnisse hervorrufen. In dieser Situation geht das sexuelle Begehren lediglich vom Pflegeempfänger aus, ist also einseitig, und ruft demnach Ekelgefühle beim Pflegenden hervor. Verstärkt wird diese Emotion durch die Verbindung der Körperpflege mit der Beseitigung von Exkrementen und anderen Ausscheidungen. (vgl. Ringel, 2000, S.34)

Ekelgefühle sind in der Pflege ständig gegenwärtig. Um so zweifelhafter ist der Umgang mit ihnen. Im Umgang mit Klienten scheint es, als dürfe es keinen Ekel geben (vgl. von Klitzing &

von Klitzing 1995, S. 160) Es gehört sich nicht, dem Bewohner gegenüber die Nase über einen unangenehmen Geruch zu rümpfen oder seinen Ekel in einer anderen Art und Weise auszudrücken. Von einer kompetenten Pflegeperson wird erwartet, das sie in der Lage ist, Ekel und andere negative Emotionen zu unterdrücken. Aus diesem Grund herrscht ein großes Defizit an adäquaten Möglichkeiten zur Auf- und Bearbeitung solcher Gefühle (vgl. Ringel, 2000, S.31) .

3.3.8 Einführung von Pflegeversicherung und DRG's

Die Belastungen und Beanspruchungen für die Pflegenden in der stationären Altenpflege sind seit der Einführung der Pflegeversicherung erheblich angestiegen. Die damit verbundenen Veränderungen wirken sich nicht nur auf die Pflegenden aus, sondern sind auch mit gravierenden Einschnitten für die Bewohner verbunden.
Seit dem 1. Juli 1996 bilden die Pflegestufen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Grundlage für die Bemessung finanzieller Leistungen der Pflegekassen. Seit 1998 erfolgt die Vergütung der pflegerischen Leistungen nach den festgelegten Pflegesätzen für die Pflegestufen I, II und III. Um ihre Einnahmen weiter kostendeckend sichern zu können, sind die Pflegeheime darauf angewiesen, Personen mit einer höheren Pflegestufe, das heißt Personen mit den Pflegestufen II und III, aufzunehmen. (vgl. Zimber, Albrecht, Weyerer 2000, S. 272)
Der gestiegene Pflegebedarf der Bewohner zieht einen Mehrbedarf an Personal mit sich. Aufgrund der Knappheit von finanziellen Ressourcen ist jedoch eine Aufstockung von Pflegekräften in den wenigsten Einrichtungen möglich. Der enorme Zuwachs an pflegerischer Arbeit verteilt sich somit auf eine gleich bleibende Anzahl von Pflegekräften.
Der vor der Einführung der Pflegeversicherung geltende Personalschlüssel, der sich an der individuellen Pflegebedürftigkeit der Bewohner orientierte, wurde abgeschafft. (vgl. Hölzer 2003, S. 80) Festgelegt ist seit 2000 lediglich eine Fachkraftquote von 50 Prozent. Wird mehr Pflegepersonal zur Mitarbeit und zur Aufrechterhaltung des Tagesbetriebes benötigt, so wird die Fachkraftquote gesenkt und es wird niedriger qualifiziertes und somit kostengünstigeres Personal angeworben. (vg. Isfort, Weidner 2003, S. 604) Der Senkung der Fachkraftquote wird in den kommenden Jahren ein erheblicher Mangel an qualifiziertem Personal, besonders im gerontopsychiatrischen Bereich, folgen. Der enorme Zuwachs des Pflegeaufwandes steht heute schon einer gleich bleibenden oder manchmal bereits einer reduzierten Anzahl von Pflegepersonal gegenüber. *„Aus der Arbeitspsychologie ist bekannt, dass höhere Belastungen bei gleichzeitig reduzierten Ressourcen langfristig zu negativen Beanspruchungsfolgen wie z. B.*

körperlichen und psychischen Beschwerden führen können." (vgl. Zimber, Albrecht, Weyerer 2000, S. 273) Dieser Umstand zieht eine erhöhte Fluktuationsrate aus dem Beruf nach sich. Freie Stellen werden aufgrund von fehlenden Bewerberqualifikationen jedoch gar nicht oder erst sehr spät wieder besetzt. Hat sich dann ein geeigneter Bewerber gefunden, fehlt die Zeit diesen gründlich einzuarbeiten und ihn in das bestehende Team zu integrieren. Die Möglichkeit einer harmonischen Zusammenarbeit ist damit nicht gegeben. Dieser Umstand wirkt sich destruktiv auf die Motivation und Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiter aus.

Nicht nur die pflegerische Arbeit, sondern auch die damit verbundene hohe Verantwortung verteilt sich bei personellem Notstand auf weniger Mitarbeiter (vgl. Kruse et al. 1992, S. 134), so das die Furcht vor fehlerhaften Entscheidungen bei den Mitarbeitern steigt und somit zu Unsicherheiten im täglichen Umgang mit den Bewohnern führt. *„Dort, wo Engpässe in der Versorgung vorkommen, Notfälle eintreten und fachliche Unsicherheiten vorhanden sind, nimmt die Angst, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein und Fehler zu begehen, deutlich zu und kann stärkere persönliche Krisen auslösen."* (vgl. Kruse et al. 1992, S. 134),

Hinzu kommt, das mit der Einführung eines Standard-Pflegesatz-Modells durch die Krankenkassen, die Pflege der Heimbewohner im Minutentakt abgerechnet wird. Für einzelne pflegerische Tätigkeiten werden verbindliche Zeitwerte vorgegeben (vgl. Hölzer 2003, S. 81), innerhalb welcher eine auf den Bewohner individuell zugeschnittene ganzheitliche Pflege geleistet werden soll. Die Zeitvorgaben schließen neben der Grundpflege sowohl die Behandlungspflege als auch den gesamten Bereich der sozialen Betreuung ein. Bereits 69 Prozent der Pflegenden kommen allein bei der Durchführung der routinemäßigen Pflegearbeiten mit der ihnen zur Verfügung stehen Zeit nicht aus. Die eigenen Ansprüche an eine humane und verantwortungsbewusste Altenpflege werden dabei bereits außen vor gelassen. (vgl. Zellhuber 2005, S. 92) Aus meiner Erfahrung kann ich nur bestätigen, dass die von den Pflegestufen abhängigen Zeitvorgaben sehr knapp bemessen sind und in keinster Weise ausreichen um den Anforderungen einer ganzheitlich klientenzentrierten Pflege gerecht zu werden. *„Daher wäre es erforderlich den Pflegekräften die notwendige Zeit zu geben, um eine qualitativ hochwertige, flexibel auf die Bedürfnisse der jeweiligen älteren Person abgestimmte Pflege leisten zu können."* (vgl. Zellhuber 2005, S. 92)

Neben den gestiegenen Anforderungen an die Pflege selbst, die einerseits eine Belastung für das Pflegepersonal darstellen, stellt die stetig wachsende Bürokratisierung eine weitere Belastung dar. Die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen umfassende Dokumentation sämtlicher

Pflegetätigkeiten nimmt erheblich viel Zeit in Anspruch, die dann bei der Betreuung der Bewohner fehlt.

Ein Versuch, den Erfordernissen, die der stetig wachsende Pflege- und Betreuungsbedarf in den Heimen mit sich bringt gerecht zu werden, stellt das seit Juni 2008 in Kraft getretene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) dar. Diese Reform der Pflegeversicherung soll auch in Zukunft eine gute Pflege gewährleisten. Für die stationäre Pflege bedeutet das zunächst eine schrittweise Erhöhung der Sachleistungsbeträge, jedoch nur für die Pflegestufe III und bei so genannten „Härtefällen", *„bei denen ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Appalikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen."* (vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 20 2008, S. 882 §43)

Tabelle 3: Schrittweise Erhöhung der Sachleistungen für die stationäre Pflege (in Euro/Monat)

Pflegestufe	**I**	**II**	**III**	**III / Härtefälle**
Leistungen bisher	1023	1279	1432	1688
ab 1. Juli 2008	1023	1279	1470	1750
ab 1. Januar 2010	1023	1279	1510	1825
ab 1. Januar 2012	1023	1279	1550	1918

(vgl. Deutscher Gewerkschaftbund Bundesvorstand, Bereich Sozialpolitik 2008, S. 27)

Die Pflegesätze stellten bisher die somatische Pflege in den Vordergrund. Der hohe Betreuungsaufwand für gerontopsychiatrische und demenziell veränderte Bewohner wurde nur unzureichend über die Pflegeversicherung abgedeckt. Menschen die aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, und somit einen erhöhten Pflegebedarf haben, der jedoch unter dem der Pflegestufe I liegt, (vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 20 2008, S. 882 §45a) erhalten nun die Pflegestufe 0. Diese Personen *„können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen."* (vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 20 2008, S. 883 §45b) Darüber hinaus soll die Versorgung dementer Bewohner in den Heimen durch zusätzliche Betreuungsangebote verbessert werden. *„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können künftig pro 25 Demenzkranke eine zusätzliche spezielle Betreuungskraft einstellen."* (vgl. Deutscher Gewerkschaftbund Bundesvorstand,

Bereich Sozialpolitik 2008, S. 28) Diese Betreuungsassistenten kümmern sich speziell um soziale Bedürfnisse, wie Spaziergänge und Vorlesen. Der Gesetzgeber schreibt für solche Betreuungspersonen keine spezielle Qualifizierung vor. Doch gerade im Umgang mit dementen Bewohnern fehlt es in den Einrichtungen an gerontopsychiatrisch qualifiziertem Personal.

Die Neuerungen der Pflegereform sollen neben spürbaren Verbesserungen für die Bewohner, auch die Situation der Pflegekräfte in professionellen Pflegeeinrichtungen verbessern. Für ihre Arbeitsleistung sollen sie mit *„ortsüblichen“* (vgl. Bundesgesetzblatt Teil 1 Nr. 20 2008, S. 884 §72) Entgelten angemessen entlohnt werden. Der Gesetzgeber trifft jedoch keine weiteren Aussagen darüber, in welchen Gehaltsdimensionen sich der Begriff *„ortsübliche“* Arbeitsvergütung bewegt. Es wäre doch durchaus erstrebenswerter Altenpflegekräfte entsprechend ihrer Tätigkeit zu entlohnen, anstatt sich an örtlich gängigen Entgelten zu orientieren. Hinzu kommt, das sich der Begriff „ortsüblich“ durchaus sehr weit dehnen läßt. Es bleibt durchaus zu bezweifeln, das dadurch eine finanzielle Besserstellung der Altenpflegekräfte erreicht wird.

Eine zusätzliche Arbeitsbelastung bringt die Einführung der DRG’s (Diagnosis Related Groups) als Entgeltsystem in den Krankenhäusern mit sich. Die Verweildauer der Patienten in den Kliniken ist kürzer als zu vor, so das es immer häufiger zur Therapieweiterführung in den Alten- und Pflegeheimen kommt. Es kommen erhöhte Anforderungen im medizinisch-pflegerischen Bereich auf die Pflegenden zu, denen sie mit dem derzeitigen Ausbildungsstand nicht gerecht werden können. Hinzu kommt, das das Überleitungsmanagement in den Krankenhäusern nicht ausreichend funktioniert. Es mangelt den Ärzten sowie dem Pflegepersonal dort häufig an der notwendigen Verantwortung für eine gute Überleitung. (vgl. Zellhuber 2005, S. 88)

3.3.9 Kommunikation im Team

Eine harmonische Zusammenarbeit wird von sehr vielen Mitarbeitern als notwendige Vorrausetzund gesehen, um den schwierigen Aufgaben in einem Altenpflegeheim gewachsen zu sein. (vgl. Kruse et al. 1992, S. 131). Das Stationsteam stellt für die einzelnen Pflegekräfte einen zentralen, beruflichen und auch persönlichen Bezugspunkt dar. Pflegerische Mißerfolge, Überforderungserscheinungen und vorübergehende Leistungsschwäche können in einem „stimmigen” Team aufgefangen und bearbeitet werden. Missverstände und

Zeitverschwendungen werden durch einen umfassenden und organisierten Informationsfluss vermieden. (vgl. Hölzer 2003, S. 69) Solch optimale Voraussetzungen herrschen allerdings nicht immer. Störungen in der Kollegengemeinschaft können durch mannigfaltige Aspekte auftreten. Pflegearbeit stellt eine Tätigkeit dar, in der sehr viel Zeit in die Arbeit mit und am Klienten investiert, und weniger im Kollegenkreis verbracht wird. Wenn wichtige Entscheidungen bezüglich einer optimalen Pflege zu treffen sind, erlaubt die Hektik des Stationsalltages nur selten Rücksprachen mit Kollegen. Die Pflegenden sind auf sich allein gestellt. Fehlender Erfahrungsaustausch so wie fehlendes Feedback durch Kollegen führt zu Monotonie und Routine in der Pflegearbeit. Jeder Einzelne pflegt nach eigenem besten Wissen und Gewissen. Neue Erkenntnisse, die vor allem junge Mitarbeiter einbringen können, bleiben so außen vor.

Die Zusammensetzung des Pflegeteams als solches, trägt zur individuellen Überforderung bei. Es setzt sich zusammen aus *"Personen verschiedener Altersgruppen und Ausbildungen, differierender Fähigkeiten, Kenntnisse und Wertvorstellungen sowie unterschiedlicher Berufswahlmotivationen."* (vgl. Zellhuber 2005, S. 83) Es treffen unterschiedliche Einstellungen, berufliche Qualifikationen und Generationen aufeinander. Eine solche Zusammensetzung birgt ein hohes Konfliktpotential. Fengler (2001, S. 72) sieht in der charakterlichen Verschiedenheit der Teamzusammensetzung den Vorteil in der Vermeidung von „Einseitigkeiten". Besteht eine Arbeitsgruppe aus Menschen mit ähnlichem Temperament und Charakteren, so ist die Gefahr gegeben, das die gesamte Gruppe ein Verhalten entwickelt, welches der Arbeit nicht gut tut. *„So mag ein einseitig depressives Team ebenso unangenehm sein wie ein hysterisches, schizoides oder zwanghaftes, weil erst die Vielfalt unterschiedlicher Charaktere ein lebendiges Teamleben ermöglicht."* (vgl. Fengler 2001, S. 72) Ein in sich harmonisches Team zusammen zu stellen gleicht einem Balanceakt, der nur den wenigsten Führungskräften gelingt.
Auch die Beziehung zu Vorgesetzten ist ein wichtiger Aspekt, der sich auf die Arbeitssituation und -zufriedenheit negativ auswirken kann. Hierarchische Führungstrukturen, die dem Top-down-Ansatz folgen (Ausübung der Macht von oben nach unten), schränken den Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der Pflegenden erheblich ein und führen zu Spannungen in der Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten. (vgl. Zellhuber 2005, S. 83; vgl. auch Hölzer 2003, S. 64ff.) Wie jeder einzelne Mitarbeiter, angefangen von der Pflegehilfskraft bis zur examinierten Pflegefachkraft, sollte sich auch der Vorgesetzte als Teil des Teams betrachten. So kann ein angemessener Führungsstil das Arbeitsklima, die Arbeitsmotivation und

so mit auch die Qualität der Pflege steigern und das Belastungspotential Seitens der Mitarbeiter minimieren.

Aus dem oben dargestellten geht hervor, dass Altenpflege ein komplexes, vielschichtiges und problemreiches Arbeitsfeld ist. Die gesamten Belastungen in der Altenpflege werden oft vom Pflegepersonal als eine nahezu durchgängige Überforderung empfunden, die nicht nur auszuhalten ist, sondern auch bewältigt werden muß. Burnout resultiert aus einer nicht produktiven Form der Bewältigung von Belastungen in der Arbeitswelt des Pflegepersonals. Diese Reaktionen kommen zustande, wenn den Anforderungen nicht genügend oder adäquate Bewältigungsressourcen entgegenstehen. Ein Ungleichgewicht zwischen Beanspruchungen und Ressourcen setzt den Burnout-Prozess in Gang.

3.4 Symptomatologie und Verlauf

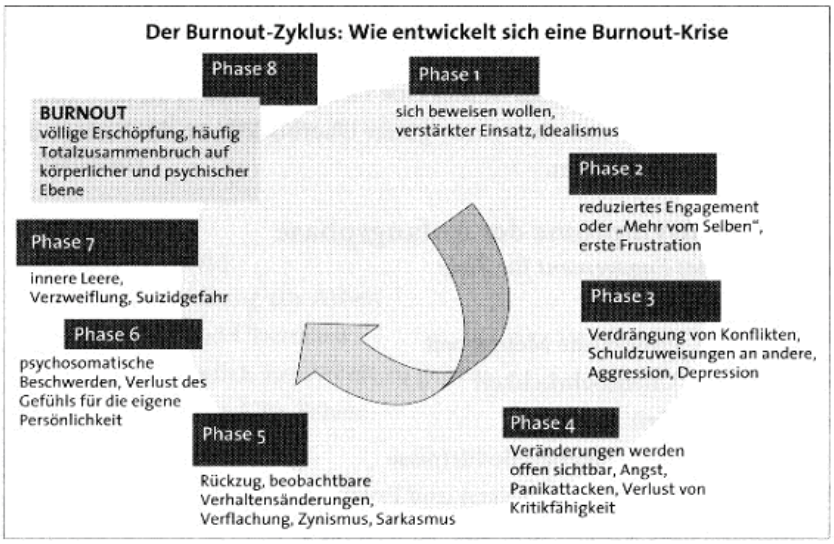
In der Literatur findet man häufig den Begriff des Burnout-Syndroms. Ob es sich nun aber um ein Syndrom oder eine Krankheit handelt, ist noch immer umstritten. Fengler kommt zu dem Entschluss, das es sich bei Burnout nicht um ein Syndrom handelt, da es keine Krankheitseinheit darstellt, die mit eindeutigen Symptomen belegt werden kann. Vielmehr sind es individuelle und zum größten Teil höchst subjektive Erlebnisse die als signifikante Anzeichen von Burnout gewertet werden. (vgl. Fengler 2001, S. 95) Burisch weist darauf hin, das der Begriff Syndrom im Zusammenhang mit Burnout in einem „weichen" Sinn Anwendung findet. Das Vorhandensein eines Symptoms erhöht demnach die Wahrscheinlichkeit, dass die anderen Symptome ebenfalls auftreten. (vgl. Burisch 2006, S. 27)

Burisch hat alle in der Literatur häufig genannten Symptome in einer Übersicht zusammengestellt (siehe Anlage 1). Diese Kategorisierung kann diagnostisch durchaus hilfreich sein, jedoch ist sie nicht so zu verstehen, das bei einem von Burnout betroffenen Menschen alle Anzeichen in Form von Symptompaketen vorhanden sein müssen. Es ist davon auszugehen, das alle Symptome einzeln betrachtet durchaus jedem Pflegenden als Reaktion auf kurz andauernde Stressperioden bekannt sind. Die Entwicklungsschritte in denen die dargestellten Symptome auftreten werden je nach Autorenauffassung unterschiedlich dargestellt. Jedoch sind sich alle Autoren weitestgehend darüber einig, das Burnout einen schleichend einsetzenden langwierigen Prozess darstellt, der in ineinander überfließenden Phasen abläuft, welche aber nicht zwangsläufig bis zum Endstadium aufeinander folgen müssen. (vgl. Domnowski 2005, S. 100; vgl. auch Hölzer 2003, S. 5; Aries-Kiner & Ritter 1998, S. 9; Burisch 2006, S. 39) Hölzer

beschreibt in diesem Sinne Burnout als ein Stufenmodell, das man sich bildlich als eine nach unten führende Treppe vorstellen kann. *„Auf jeder Stufe besteht die Möglichkeit umzukehren. Je weiter man jedoch nach unten gestiegen ist, um so anstrengender wird der Rückweg."* (vgl. Hölzer 2003, S. 5)

Einige Autoren, die sich speziell mit dem Thema Burnout in der Kranken- bzw. Altenpflege auseinandergesetzt haben, beziehen sich in ihren Ausführungen auf die 7-Stadieneinteilung (Abbildung 4) nach Burisch (vgl. Burisch 2006, S. 27 ff.; vgl. auch Mötzing 1998, S. 10ff.; Domnowski 2005, S. 100ff.; Kypta 2006, S. 65ff.; Schmidt 2004, S. 35ff.), die im folgenden ausführlich dargestellt wird.

Abbildung 4: Der Burnout-Zyklus



(vgl. Kypta 2006, S. 65)

<u>1. Anfangsphase</u>

Der erste Schritt des Burnout-Prozesses ist geprägt von einem überhöhten Energieeinsatz (vgl. Burisch 2006, S. 27). Es wird viel Kraft eingesetzt, um der Vorstellung einer idealen Altenpflegerin zu entsprechen um von Bewohnern und Kollegen Anerkennung zu erhalten. In diesem Stadium begegnet man häufig Berufsanfängern, Pflegekräften nach einem Arbeitsplatzwechsel oder Menschen, deren Privatleben durch etwaige Verluste geprägt ist, die sie durch ein überhöhtes berufliches Engagement versuchen zu kompensieren (vgl. Hölzer 2003, S. 6). Motivation und Interesse am Beruf sind sozusagen am „Brennen" (vgl. Mötzing 1998, S.

10). Als Warnsignal ist eine überdurchschnittliche Begeisterung für die Arbeit aber nur dann zu werten, wenn andere Lebensbereiche vernachlässigt werden und für nebenberufliche Dinge keine Kraft mehr bleibt. Wenn Menschen nach der Arbeit nicht mehr abschalten können bleibt die dringend benötigte Erholung aus. Die psychische Anspannung, die daraus resultiert führt zur körperlichen Erschöpfung (vgl. Burisch 2006, S. 28). Bei Gefühlen der Müdigkeit und Erschöpfung ist es wichtig zwischen momentanen und dauerhaften Zuständen zu unterscheiden. Nach einem langen und anstrengenden Dienst ist es ganz natürlich sich ausgelaugt und müde zu fühlen. Erst wenn keine Phasen vorhanden sind, in denen das Gefühl von Erschöpfung zurück tritt oder eine innere Erschöpfung hinzu kommt, sollte man sie als Warnsignal für einen beginnenden Burnout-Prozess ernst nehmen. (vgl. Schmidt 2004, S. 38)

Das erste Stadium kann allerdings auch ein ganzes Berufsleben lang andauern, ohne in ein Burnout-Geschehen zu münden. Nicht jedes große Engagement alten Menschen zu helfen ist krank machend oder krankhaft. *„Wenn Einsatz und Ertrag, Anstrengung und Belohnung, Negatives und Positives in keinem allzu krassen Missverhältnis stehen, dann kann ein hoher Grad von Engagement jahrelang aufrecht erhalten werden."* (vgl. Burisch 2006, S. 28)

2. Reduziertes Engagement

Nach einem Zustand anhaltender Erschöpfung ist es der betroffenen Pflegeperson nicht mehr möglich, das gewohnte Maß an Arbeit aufrechtzuerhalten. Der Arbeitseinsatz wird reduziert. (vgl. Schmidt 2004, S. 39) Die betroffene Person entwickelt nun eine negative Sichtweise gegenüber ihrer Arbeit. Dieses auch als Frustrationsphase bezeichnete Stadium ist gekennzeichnet durch den Verlust von Empathie, Desillusionierung und Dehumanisierung (vgl. Burisch 2006, S. 29f.). Letztere spiegelt sich häufig in der Sprachkultur Pflegender wieder. Durch die Verdinglichung des pflegebedürftigen Menschen wird die große Distanz zu ihm ausgedrückt. Jedoch haben vorübergehende sprachliche Entgleisungen auch eine Ventilfunktion und sollten daher nicht überbewertet werden (vgl. Hölzer 2003, S. 9).

Ganz im Gegensatz zur Anfangsphase, in der die Arbeit im Vordergrund stand, kreisen die Gedanken der betroffenen Person jetzt nur noch um sie selbst. Charaktereigenschaften wie Egoismus und Eifersucht auf andere kommen zum Tragen. Die Befriedigung materieller Wünsche tritt nun an die Stelle des anfänglichen Idealismus. Um Frustrationen zu vermeiden, werden wenig Erfolg versprechende Situationen umgangen. Tritt dieser Vermeidungsimpuls in das Bewusstsein des Betroffenen, kann es zur Entstehung von Schuldgefühlen kommen (vgl.

Schmidt 2004, S. 39). Gleichzeitig stellt der Helfer unbewusst erhöhte Ansprüche, deren Nichterfüllung zu Enttäuschungen führen. Der Rückzug ins Privatleben mit oftmals erhöhten Freizeitaktivitäten, die einen Ausgleich zur fehlenden beruflichen Anerkennung schaffen sollen, hat besonders im Bereich der Altenpflege gravierende Folgen. Die Reduzierung des Engagements führt über kurz oder lang auch zu Defiziten in der Betreuung der Bewohner.

3. Emotionale Reaktionen, Schuldzuweisung

Die Phase des reduzierten Engagements weicht nun der schmerzlichen Erkenntnis, alle Illusionen über den einst aus Überzeugung ergriffenen Beruf verloren zu haben. Es geht vorwiegend um die Verarbeitung von Enttäuschungen und Verlusten von Idealen. Die Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen lässt, je nach Persönlichkeit veränderte Reaktionsmuster und Stimmungslagen erkennen. Der Ausbrennende reagiert überwiegend depressiv, wenn er die Ursache seiner Probleme bei sich selbst sieht. Das eigene Handeln und berufliche Tun wird zu einem Zustand, der sich in Kontrollverlust und Hilflosigkeit äußert, die als persönliches Versagen interpretiert, zu einer Erniedrigung des Selbstwertgefühles führt. Der Betroffene gerät immer mehr in einen Zustand der Abstumpfung, der geprägt ist von Bitterkeit, Pessimismus, Apathie und Selbstmitleid. (vgl. Burisch 2006, S. 32; vgl. auch Domnowski 2005, S. 112)

Da der Betroffenen nicht mehr in der Lage ist, seine Situation realistisch einzuschätzen, kommt es zu Schuldzuweisungen gegenüber Anderen und dem System (vgl. Domnowski 2005, S. 112), die sich in aggressivem Verhalten entladen. Im Kontakt mit Bewohnern, sowie deren Angehörigen, und im Kollegenkreis kommt es zur Entstehung von erheblichen Konflikten, die eine optimale Betreuung der Bewohner unmöglich machen. Aggression und Gereiztheit in Form von vorübergehenden Verstimmungen sind durchaus natürliche Reaktionen auf berufliche Überforderung. Erst wenn sie die Grundstimmung der Pflegeperson dominieren, können sie als ein Symptom eines bereits fortgeschrittenen Burnout-Geschehens interpretiert werden (vgl. Hölzer 2003, S. 16).

4. Abbau

In dieser Phase kommt es in Wechselwirkung mit den zuvor beschriebenen Reaktionsmustern nun auch zu Leistungsabfällen. (vgl. Burisch 2006, S. 33) Motivation und Interesse am Beruf nehmen erheblich ab. Die Belastbarkeit stößt an ihre Grenzen, beziehungsweise überschreitet

diese. Es treten Konzentrationsschwierigkeiten und infolgedessen Fehler bei der Arbeit auf. Auf den Stationsalltag übertragen äußert sich das in Nachlässigkeiten, welche über kurze Zeit durch das Team aufgefangen, jedoch über einen längeren Zeitraum bei Vorgesetzten als Flüchtigkeitsfehler nur schwer gedeckt werden können. Lückenhafte Berichterstattung der Pflegeplanung und -dokumentation, Vergessen von wesentlichen Details bei Dienstübergaben, nicht wahrnehmen wichtiger Termine für die Bewohner und Fahrlässigkeiten in Bezug auf den Umgang mit Medikamenten sind in diesem Zusammenhang zu nennen. (vgl. Hölzer 2003, S. 18) Die Erhöhung der Fehlerquote wirkt sich nicht nur destruktiv auf einen reibungslosen Stationsablauf aus, sie stellt auch eine erhebliche Gefahr für Leib und Leben der Bewohner dar. Ausbrennende Altenpfleger konfrontieren sich in der Distanz, beispielsweise nach Feierabend, immer wieder mit den Unzulänglichkeiten die ihnen in der Betreuung und Pflege der Bewohner im Pflegealltag unterlaufen sind. Das Resultat der Reflexion wirkt sich belastend aus und führt dazu, das sich depressive Zustände oder Angststörungen verstärken, die dann im Sinne eines Kreislaufes wiederum verstärkend zurück wirken (vgl. Burisch 2006, S. 33).

Neben Leistungsabfall und Motivationsverlust kommt es auch zu Einbußen im Bereich der Kreativität. Alles Neue wird als Gefahr für die eigene angeschlagene Situation betrachtet. Es können keine innovativen Impulse mehr gesetzt werden. Die Pflege erfolgt in eingefahrenen Bahnen, um jeglicher kognitiver Anstrengung entgegenzuwirken. Mit Aussagen, wie: „Das haben wir schon immer so gemacht!" oder „Das haben wir noch nie so gemacht!" wird jeder Veränderungsvorschlag schon im Vorfeld zerschmettert (vgl. Burisch 2006, S. 33). Solche Reaktionen sind gerade in Pflegeeinrichtungen mit überwiegend „gestandenem" Pflegepersonal nicht selten anzutreffen. Neuen Ideen zunächst mit Skepsis zu begegnen ist eine durchaus menschliche Reaktion und bietet, losgelöst aus dem dargestellten Symptomkomplex betrachtet, keinerlei Grundlage für ein Burnout-Geschehen.

5. Verflachung

Im fünften Stadium des Burnout-Prozesses stellt die Arbeit eine unerträgliche Belastung für die Pflegeperson dar. Das Leben scheint freudlos. Geistige und soziale Interessen sind bis auf ein Minimum reduziert. Es kommt generell zur Verflachung des emotionalen, mentalen und sozialen Lebens (vgl. Burisch 2006, S. 33) Desinteresse, Langeweile und das Aufgeben von Hobbies (vgl. Domnowski 2005, S. 103) sind Indikatoren für den Abbau der geistigen Tätigkeit. Die Teilnahmslosigkeit im sozialen Bereich führt dazu, das der Betroffene in einen Teufelskreis der Einsamkeit gerät. Er ist nicht mehr in der Lage, anderen Menschen sein Interesse zu

bekunden, so das auch er von Anderen keine Beachtung erfährt. Freunde ziehen sich zurück (vgl. Burisch 2006, S. 33). Wenn die Situation des Betroffenen an dieser Stelle bereits aussichtslos erscheinen mag, gibt es auch in dieser Phase noch Möglichkeiten einem völligen Burnout zu entgehen. Gespräche mit Vertrauten reichen allerdings nicht mehr aus, professionelle Hilfe ist nun gefragt.

6. Psychosomatische Reaktionen

Andauernder Stress und seelische Überforderungen rufen psychosomatische Symptome hervor, die je nach Veranlagung den gesamten Burnout-Prozess begleiten, und mit seinem Fortschreiten heftiger in Erscheinung treten(vgl. Hölzer 2003, S. 22). Es kommt zu einer Schwächung des Immunsystems und so häufiger zu Infektionskrankheiten. Weitere psychosomatische Erkrankungen sind oft Verspannungen, Schlafstörungen, Kreislaufprobleme, Verdauungs- und Essstörungen sowie bei fortgeschrittener Erkrankung auch Herzkrankheiten und Geschwüre im Magen-Darm-Trakt. Weiterhin kommt gesteigerter Nikotin-, Alkohol- und anderer Drogenkonsum vor.(vgl. Burisch 2006, S. 34) Es ist möglich, das die betroffene Person erst jetzt als „krank“ auffällt oder erst in dieser vorletzten Phase die Zeichen, die der Körper nun unweigerlich sendet, als ernst zunehmende Anzeichen einer Störung wahr nimmt.

7. Verzweiflung

Erhält die betroffene Person in den vorangegangenen Phasen keine Unterstützung oder kann den Burnout-Prozess selbst durch entsprechende Interventionen nicht unterbrechen, so finden sich ausgebrannte Altenpfleger im terminalen Burnout-Stadium, das Burisch als das Stadium der „existentiellen Verzweiflung“ (vgl. Burisch 2006, S. 34) bezeichnet, in völliger Resignation und Hoffnungslosigkeit wieder (vgl. Hölzer 2003, S. 24). Das Leben erscheint angesichts totaler geistiger, emotionaler und körperlicher Erschöpfung sinnlos und leer. Selbstmordgedanken tauchen auf (vgl. Burisch 2006, S. 34; vgl. auch Domnowski 2005, S. 104). Diese Situation ist lebensbedrohend. An diesem Punkt ist professionelle medizinische und therapeutische Hilfe dringend geboten.

3.5 Burnout oder Depression?

Es gibt eine Vielzahl von Störungsbildern, von denen Burnout schwer abzugrenzen ist. Dazu gehören die sogenannten Anpassungsstörungen und die Depression. Zum Zusammenhang zwischen Burnout und Depression finden sich in der Literatur verschiedene Meinungen. Man findet die Ansicht, das Depression eine eigene Phase im Burnout- Prozess darstellt. Andere meinen das Depression als eine Art begleitendes Element der gesamten Erschöpfungsphase betrachtet werden kann und wiederum andere vertreten die Position, Depression sei abhängig von speziellen Verhaltensmustern der betroffenen Person. (vgl. Kypta 2006, S. 60f.) Es stellt sich nun die Frage ob es einen Unterschied zwischen Burnout und Depression gibt und wenn ja, worin er besteht. *„Eine oft zitierte Faustregel besagt, dass Burnout „kontext-bezogen" (meist arbeitsbezogen) ist, während Depression „kontext-frei und allumfassend ist, also ale Bereiche des Lebens durchdringt."* (vgl. Url: http:// www. swissburnout.ch/Depression-und-Burnout?lang=de, Stand 23.10.2007) Burnout bezieht sich auf den privaten oder beruflichen Bereich. Menschen, die auf beruflicher Ebene ausbrennen, leben aber zum Beispiel beim Zusammentreffen mit Freunden wieder auf. In den früheren Stadien von Burnout ist es den Betroffenen durchaus noch möglich unbeschwerte Phasen zu durchleben. Depressionen hingegen beeinträchtigen die Gefühle und Stimmungslage immer und überall, so dass der Betroffene an keinerlei Funktion oder Rolle mehr Spaß hat.

Chronische Depressionen und die depressive Symptomatik innerhalb des Burnout-Geschehens manifestieren sich in ähnlichen Gefühlslagen, doch die Ursachen sind vollkommen andere. Burnout wird von übermäßigem Stress hervorgerufen, Depressionen hingegen sind Ergebnisse mehrerer Ereignisse, die mit Verlust zu tun haben. Sie sind gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Schwäche und Trauer. Wenn man von „depressiver Symptomatik" spricht ist diese von der „Depression" im klinischen Sinne zu trennen. Die dritte Phase des Burnout-Prozesses ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, das der Ausbrennende unter depressiven Verstimmungen leidet. Menschen, die man für depressiv erklärt sind gedrückter Stimmung, es fällt ihnen ersichtlich schwer sich aufzuraffen, ihr Selbstwertgefühl ist stark angegriffen und sie schämen sich um ihrer Selbstwillen. Dieses Symptombündel findet man zwar auch bei Menschen mit der Diagnose „(Major) Depression", doch bei ihnen treten weitere wesentlich ausgeprägtere Symptome (zum Beispiel Verlust von Freude und Interesse an Aktivitäten, Gewichtsveränderungen, Schlafprobleme) auf, die mindestens zwei Wochen lang ununterbrochen bestanden haben. (vgl. Url: http:// www. swissburnout.ch/Depression-und-

Burnout?lang=de, Stand 23.10.2007) Eine depressive Verstimmung macht also noch lange keine Depression aus.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen Depression und Burnout besteht darin, dass Menschen, die sich in einem Burnout-Prozess befinden, versuchen ihren anfänglichen Idealismus und ihre ursprüngliche Motivation wiederzuerlangen. Sie versuchen gegen ihren Energieverlust anzukämpfen. Dies scheint bei depressiven Menschen nicht der Fall zu sein. Sie suchen nach Erleichterung und Ruhe anstatt nach neuem Idealismus und neigen mehr zum Aufgeben als zum Kämpfen. (vgl. Freudenberger & North 2005, S. 40)
Zwischen Burnout und Depression lassen sich einige nicht unbeträchtliche Unterschiede feststellen, und doch fällt die Abgrenzung häufig schwer, da sich diese beiden Phänomene auf den ersten Blick in ihrem Erscheinungsbild stark ähneln. So ist es nicht verwunderlich, das Burnout häufig nicht rechtzeitig erkannt wird, und viele Betroffene wegen Depressionen anstatt Burnout behandelt werden.

4. Supervision

Um den wachsenden Risiken für die Gesundheit der Altenpflegekräfte zu begegnen, sind dringend sozialpolitische sowie betriebliche Maßnahmen erforderlich, die zu einer Reduzierung der angespannten Personalsituation in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe beitragen. Darüber hinaus sind auf betrieblicher Ebene präventive Maßnahmen wie zum Beispiel Gesundheitszirkel, Supervision und auf den Umgang mit Arbeitsbelastungen orientierte Fort- und Weiterbildungen zu fördern. Im Zusammenhang mit Burnout betrachtet Hölzer (2003, S. 122) eine regelmäßige Supervision, wenn sie kompetent und kontinuierlich durchgeführt wird, als die erfolgversprechenste Methode, Burnout zu verhindern oder den bereits fortgeschrittenen Verlauf aufzuhalten.

4.1 Begriffsklärung

Unter dem Oberbegriff Supervision lassen sich Weiterbildungs-, Beratungs- und Reflexionsverfahren (vgl. Belardi 2002, S. 15) zusammenfassen, die der Bearbeitung von Schwierigkeiten und Problemen dienen, die sich aus der beruflichen Interaktion ergeben. Supervision findet zwischen Supervisor und Supervisand oder Supervisandengruppe statt (vgl. Fengler 2001, S. 226). *„Ziel und Zweck [...] sind die Hilfe zur Bewältigung und Reduzierung*

berufsbedingter Belastungen und die Verbesserung von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit.“ (vgl. Wittich 1999, S. 1044) Mit der Stärkung der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen soll Supervision eine präventive Wirkung bei der Entstehung von Burnout haben und damit ebenfalls einen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Pflege leisten. Supervision ist zu unterscheiden von Psychotherapie, Fortbildung und Organisationsberatung, wobei die Grenze zwischen Psychotherapie und Supervision am schwersten zu ziehen ist. Supervision bezieht sich eindeutig auf die berufliche Arbeit, jedoch ist die persönliche Problematik des Supervisanden immer im Kontext seines beruflichen Tätigkeitsfeldes präsent. Personale und psychische Aspekte der Person werden ebenso in den Blick genommen wie soziale und auf die Organisation bezogene Faktoren (vgl. Schwarz 2007, S. 81).

Nach unserem heutigen Verständnis unterscheidet sich Supervision ebenfalls von Unterricht, Schulung, Ausbildung und Training. Das Hauptaugenmerk innerhalb der Supervision liegt auf der selbstreflektierenden Arbeit. Der Supervisor hat nicht die Aufgabe das Pflegepersonal zu schulen oder ihnen Instruktionen zu erteilen. *„Die Supervisanden sind die Experten in ihrem Fachbereich. [Der Supervisor] regt zur Selbstreflexion an und ermöglicht, dass das berufliche Handeln reflektiert wird.“* (vgl. Schwarz 2007, S. 81) Supervision gibt den Pflegenden Zeit und Raum um das eigene berufliche Handeln und Tun zu überdenken und zu hinterfragen. Gleichzeitig hat sie aber auch eine Art „Ventilfunktion“. Innerhalb des Stationsalltages treten die Belange der Pflegenden in den Hintergrund. Sie befinden sich in der Rolle der Gebenden, die dem Klienten stets freundlich gegenüber treten und für sein Wohl sorgen. Supervision bietet die Möglichkeit, sich einfach mal „Luft zu machen“. Hier ist es den Pflegenden erlaubt, sich auch einmal über schwierige Klienten oder schlechte Arbeitsbedingungen „auszulassen“, ohne Sanktionen befürchten zu müssen.

4.2 Formen von Supervision in der Pflege

Es gibt verschiedene Formen von Supervision. Innerhalb der Pflege unterscheidet man zwischen Teamsupervision, Leitungssupervision, Einzelsupervision und Gruppensupervision. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die gängigsten Formen der Supervision im Pflegebereich und die damit verbundenen Schwerpunkte und möglichen Themenbereiche.

Tabelle 2: Formen von Supervision in der Pflege und die damit verbundenen Themenbereiche

Teamsupervision	**Leitungssupervision**	**Einzelsupervision**	**Gruppensupervision**
Teilnehmer: ▪ Menschen, die in einem Team zusammen arbeiten, zum Beispiel ein Stationsteam, ein Pflegeteam oder ein Leitungsteam	*Teilnehmer:* ▪ Führungskräfte (Leitungssupervision ist in Form von Einzel- oder Gruppensupervision möglich)	*Teilnehmer:* ▪ Einzelpersonen	*Teilnehmer:* ▪ mehrere Menschen, die nicht in einem Team zusammen arbeiten, jedoch zum Zweck der Supervision eine feste Arbeitsgruppe bilden
Fokus: ▪ Zusammenarbeit im Team ▪ Reflexion der Arbeit ▪ strukturelle Rahmenbeding-ungen	*Fokus:* ▪ Fragen des Führens / Leitens, Managements und der Leadership	*Fokus:* ▪ berufsspezifische / personen-bezogene Fragen	*Fokus:* ▪ Nutzung kollegialer Erfahrungen
Mögliche Themen: ▪ Arbeitsorganisation ▪ Konflikte ▪ belastende Arbeitssituationen ▪ Stärkung von Ressourcen ▪ Macht / Ohnmacht ▪ Handlungsspielräume ▪ eigene Betroffenheit ▪ Konzeptentwicklung ▪ Fallarbeit	*Mögliche Themen:* ▪ Führungsstile ▪ Personalentwicklung ▪ Professionalität ▪ Ethik / Haltung ▪ Work-Life-Balance ▪ Zeitmanagement ▪ Motivation ▪ Vision	*Mögliche Themen:* ▪ Belastungen und Burnout ▪ Nähe / Distanz zum Klienten ▪ Krankheit, Tod und Sterben ▪ Stellung im Team / Organisation ▪ Macht / Ohnmacht ▪ Laufbahnplanung	*Mögliche Themen:* ▪ Situationen aus dem Berufsalltag ▪ Konflikte ▪ Austausch von Erfahrungen ▪ Feedback ▪ Entwicklung von Lösungen

(vgl. Schwarz 2007, S. 90ff.)

4.3 Die Rolle des Supervisors

Wenn sich eine Organisation, ein Team oder eine einzelne person für Supervision entschieden haben, gilt es den passenden Supervisor zu finden. Seine Person ist für die Effektivität der Supervision mit entscheidend. Für das Gelingen der Supervision im Bereich der Altenpflege sind seitens des Supervisors außer einer qualifizierten supervisorischen Ausbildung noch gute Kenntnisse über Institutionen der Altenpflege, über die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen der dort Arbeitenden und über die spezifischen gerontologischen Fragen der Altenarbeit notwendig. Diese grundlegenden Kenntnisse der Besonderheiten des Arbeitsfeldes, in dem der Supervisor tätig ist, bezeichnet man auch als Feldkompetenz. Es ist jedoch nicht nur

eine berufliche Tätigkeit im Bereich Altenpflege, die zur Beratung dieses Feldes qualifiziert. *„Es geht vielmehr um die Fähigkeit zur Empathie, Neugierde und Offenheit, Fremdes verstehen zu wollen und verstehen zu lernen. Es geht darum, die Dynamik des Feldes zu verstehen, z. B. nachvollziehen zu können, welche Dynamik die permanente Nähe zum [Klienten], die permanente Konfrontation mit Krankheit und Tod und die hierarchischen Strukturen in der Arbeit im Pflegebereich auslösen können."* (vgl. Schwarz 2007, S. 106) Neben der fachlichen Kompetenz, gibt es weitere Eigenschaften, über die ein Supervisor verfügen sollte. Dazu gehören unter anderem:

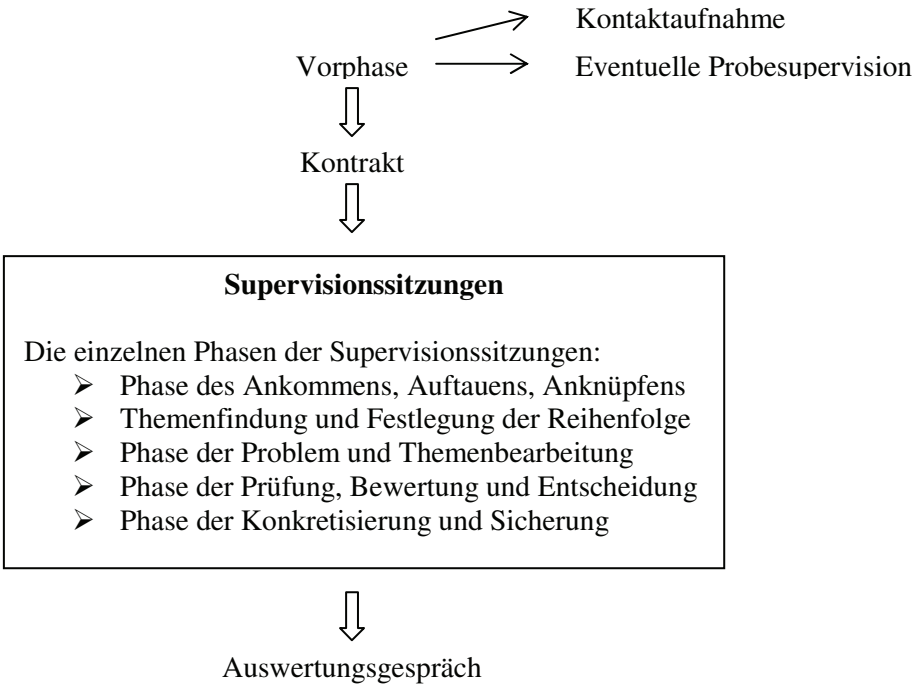
- ✓ analytische Fähigkeiten
- ✓ Objektivität
- ✓ Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit
- ✓ Verschwiegenheit gegenüber Dritten
- ✓ Zuverlässigkeit
- ✓ Unparteilichkeit
- ✓ Wärme und Aktivität (vgl. Hölzer 2003, s. 123, vgl. auch Domnowski 2005, S. 135).

Der Supervisor schult nicht noch instruiert er. *„Er hört zu, beobachtet, analysiert, kommentiert und greift bei Bedarf richtungsweisend oder gesprächsanstoßend ein."* (vgl. Hölzer 2003, S. 124)

4.4 Der Supervisionsprozess

Ist ein passender Supervisor gefunden werden zu Beginn einer Supervision durch ein sogenanntes Supervisionssetting wichtige Vereinbarungen getroffen. Mit dem Setting ist die konkrete Ausgestaltung der Supervision gemeint. Zu den Inhalten, die hier besprochen werden, gehören Adressat, Zeitraum, Frequenz, Ort, Format und Verfahren der Supervision (vgl. Buer 1999, S. 276). Meist erstreckt sich die Supervision über ein Jahr beziehungsweise über acht bis zehn Sitzungen à 90 bis 120 Minuten. Diese Zeit ist für die Pflegenden gleichzeitig Auszeit aber auch intensive Arbeitszeit. Ein Supervisionsprozess, der über längere Zeit andauert, jedoch zeitlich begrenzt ist, kann in folgende Phasen eingeteilt werden:

Abbildung 5: Ablauf einer Supervision



(vgl. Schwarz 2007, S. 111ff.; vgl. auch Buer 1999, S. 175)

Innerhalb der Vorphase findet der Erstkontakt statt. Er stellt einen Dialog zwischen dem Supervisor und dem nachfragenden System nach Supervision dar. Der Supervisor erhält Informationen über das Problem, die Situation sowie die Vorgeschichte (vgl. Belardi 2002, S. 74). Des weiteren geht es in der Vorphase darum, den Supervisor als Person zu erleben und zu sehen, wie er arbeitet. Für diesen Zweck eignet sich am besten eine Probesupervision. Sie ermöglicht im Vorfeld eine detaillierte Aufklärung über Zweck, Durchführung und Zielsetzung der Supervision. Unsicherheiten und Skepsis, mit denen viele Altenpflegekräfte dem Thema Supervision begegnen, können so abgebaut werden. Die Bereitschaft der Pflegenden sich auf einen Lernprozess einzulassen, und eine positive Grundeinstellung zur Supervision sind wesentliche Voraussetzungen für ihre erfolgreiche Durchführung.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für erfolgreiche Supervision ist die Einbeziehung der Leitung. Sie trägt die Verantwortung für die Organisation des Pflegealltags und der ganzen Institution. Die Probleme der Supervisanden, die mit schlechten und schwer zu ertragenden Arbeitsbedingungen verbunden sind, können ohne auf den Stationen oder für die Einstellung von weiterem Personal nicht realisiert werden. Die Beteiligung der Leitung an der Reflexion und Lösung der Probleme des Pflegepersonals, die mit organisatorischen Mängeln auf der

Institutionsebene in Zusammenhang stehen, kann im wesentlichem zum Erfolg der Supervision beitragen. Wenn die Skepsis des Personals und der Leitung jedoch auch nach einer Probesupervision gegenüber der Bereitschaft sich zu öffnen und einen gemeinsamen Lernprozess zuzulassen, überwiegt und weiterhin von Dauer ist, so ist eine Supervision nicht sinnvoll.

Nach der Durchführung der Probesupervision kommt es zur Aushandlung des endgültigen Kontraktes oder aber die Supervision wir abgesagt, da Angebot und Nachfrage nicht abgestimmt werden konnten (vgl. Buer 1999, S. 175). *„Der Kontrakt ist das zwischen Supervisor, Supervisanden und Auftraggeber vereinbarte Vertragsverhältnis. Im Kontrakt geht es um den Rahmen der Supervision, um Inhalte, Themen und Ziele, Verschwiegenheit, Verbindlichkeit und Grenzen. Der Kontrakt dient der Sicherung der Arbeitsbeziehung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer."* (vgl. Schwarz 2007, S. 112) Nach dem Zustandekommen eines Kontraktes können die eigentlichen Supervisionssitzungen statt finden. Dabei sollte es als selbstverständlich erachtet werden, das die Zeit für die Supervision als Arbeitszeit abgerechnet wird. Der Zeitrahmen sollte so gelegt werden, das es vielen Pflegepersonen möglich ist dieses freiwillige Angebot zu nutzen.

Die einzelnen Phasen, die im Supervisionsprozess durchlaufen werden (Abbildung 5), verlaufen prozesshaft und können nicht immer streng voneinander getrennt werden. Wenn beispielsweise die momentane Belastung der Pflegenden sehr hoch ist, gilt es zu Beginn der Supervisionssitzung Raum zu schaffen, um über das zu sprechen, was als besonders belastend empfunden wird. Erst danach wird dann nach Zielen für die Sitzung gefragt, da es die inhaltliche Arbeit erschwert, wenn etwas sehr belastend wirkt (vgl. Schwarz 2007, S. 150).

Nach der Hälfte der durchgeführten Supervisionssitzungen empfiehl es sich eine Zwischenauswertung durchzuführen, in der überprüft wird, ob der bisherige Stil beibehalten werden kann und inwieweit die zu Anfang vereinbarten Ziele ihre Gültigkeit behalten haben oder ob sie verändert werden müssen. (vgl. Schwarz 2007, S. 112) Am Ende der vereinbarten Sitzungen wird die Supervision mit einem Auswertungsgespräch beendet. Der Supervisor sollte jedoch bereits einige Stunden zuvor auf das bevorstehende Ende der Supervision hinweisen, um mit den Supervisanden eine Schlussbilanz vornehmen zu können. Um beurteilen zu können, wie sich der gemeinsame Lernprozess entwickelt hat, ist es sinnvoll an die Ausgangssituation zu Beginn der Supervision zurück zu denken und diese mit der Situation am Ende zu vergleichen. Da die meisten Supervisionen in der Regel erfolgreich sind, enden sie verabredungsgemäß. Es

besteht jedoch auch die Möglichkeit den Vertrag zu verlängern oder gegebenenfalls zu modifizieren. (vgl. Belardi 2002, S.85; vgl. auch Buer 1999, S. 175)

Eine effektive Durchführung von Superversion in der Pflege erweist sich als ein wirkungsvolles Mittel zur Prävention von Burnout. Jedoch ist sie kein Allheilmittel. Supervision sollte viel mehr als ein Instrument verstanden werden, mit welchem Probleme deutlich gemacht und Lösungsideen entwickelt werden können.

5. Ausblick

Altenpflege stellt einen Beruf dar, der soziale Kommunikation, Hilfsbereitschaft und menschliche Anteilnahme verlangt und in dem die Beschäftigten emotional stark gefordert sind. Altenpfleger sind heute mehr denn je verstärkt körperlichen als auch psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Als Gründe werden hohe Verantwortung, Mangel an Autorität und Anerkennung, Konfrontation mit Sterben und Tod, chronische Personalknappheit, permanente Auseinandersetzung innerhalb der komplexen Organisation Altenheim, Zeitdruck, hohe Personalfluktuation und der Umgang mit schwierigen Klienten genannt. Als Folge von Dis-Stress am Arbeitsplatz, der dann auftritt wenn das Stressmaß einen Punkt erreicht hat, an dem sich die Energieressourcen erschöpfen und es zu Leistungseinbußen kommt, zeigen sich bei den Betroffenen erste Symptome von Burnout.

Burnout ist ein Thema, welches gerade in den helfenden Berufen in den vergangenen Jahren ein reges Interesse geweckt hat. Inzwischen ist es jedoch auch im nicht-beruflichen Kontext, wie beispielsweise bei Arbeitslosen, beschrieben worden. Trotz jahrzehntelanger Forschung verfügen wir noch nicht über eine allgemein gültige und wissenschaftlich begründete Konzeption von Burnout. Als allgemein anerkannt gilt, das Burnout ein hochkomplexes Geschehen darstellt, welches mit mehreren Einflussfaktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen und Arbeitsbedingungen einhergeht. Obwohl Burnout in den letzten Jahren zu einem regelrechten Schlagwort in den Medien, wie auch in der pseudo-wissenschaftlichen Literatur avanciert ist, stellt es jedoch im Arbeitskontext immer noch ein Tabuthema dar. Es ist wichtig Pflegende, wie auch

Vorgesetzte für dieses Thema zu sensibilisieren. Burnout darf nicht als berufliches Versagen verstanden werden. Es ist wichtig über Ursachen, Verlauf und Präventionsmaßnahmen aufzuklären. Eine Enttabuisierung von Burnout in der Pflege ist erstrebenswert.

Aufklärung ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Doch sollte auch klar sein, das auf politischer Ebene etwas getan werden muß. Es gilt die finanziellen wie auch gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Bereich der Altenpflege für die dort Beschäftigten wieder mehr an Attraktivität gewinnt. Damit die Altenpflege nicht selbst zum Pflegefall wird, erfordert sie im besonderen Maße Unterstützung durch Weiterbildung und Supervision. Jedoch mußte ich feststellen, dass sich viele innerbetriebliche Fortbildungsangebote auf medizinische, gerätetechnische oder körperpflegerische Aspekte beschränken. Themen wie beispielsweise die Prävention von Stress und Stressfolgen finden keinerlei Berücksichtigung. So ist es kaum verwunderlich, das viele Pflegende verlernt haben sich selbst zu pflegen. Jedoch ist das ein ganz wesentlicher Aspekt um die Balance zwischen mitfühlendem Verstehen einerseits und Selbstschutz andererseits aufrecht zu erhalten.

Als Quintessenz bleibt festzuhalten, dass *„ eine menschenwürdige Versorgung und einfühlsame Betreuung im Fall der Pfegebedürftigkeit – die jeden ganz unerwartet treffen kann – auch menschenwürdige Verhältnisse und Wertschätzung am Arbeitsplatz der Pflegenden voraus setzt.“* (vgl. Hölzer 2003, S. 156) Es sollte selbstverständlich sein, das der Altenpflegeberuf nicht krank machen darf.

Literaturverzeichnis

Allenspach, M.; Brechbühler, A.: Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Verlag Hans Huber: Bern 2005

Aries-Kiener, M.; Zuppiger Ritter, I.: Burnout. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal. Edition Soziothek: Bern 1998

Belardi, N.: Supervision. Grundlagen, Techniken, Perspektiven. Beck Verlag: München 2002

Benner, P.; Wrubel, J.: Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1997

Bermejo, I.; Muthny, F. A.: ,,Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Lit Verlag: Münster, Hamburg 1994

Bond, M.: Pflegestress. Stresspflege. Ein persönlicher Leitfaden zum positiven Umgang mit Stress in der Krankenpflege. 2. Auflage. Recom Verlag: Basel 1996

Buer, F.: Lehrbuch der Supervision. Grundlegung, Einstiege, Begriffslexikon. Schriften aus der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V.. Votum Verlag: Münster 1999

Bundesgesetzblatt: Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Teil I, Nr. 20, Bonn 30. Mai 2008

Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3., überarbeitete Auflage. Springer: Heidelberg 2006

Cherniss, C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen. Beltz Verlag: Weinheim, Basel 1999

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, Bereich Sozialpolitik: Pflegereform 2008. Infos für Versicherte und Angehörige. Graewis Verlag GmbH: Berlin 2008

Domnowski, M.: Burnout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise. 2., aktualisierte Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2005

Eder, E.; Bücker, M.: Macht Krankenpflege krank? Eine Studie über das Ausbrennen in der Krankenpflege. In: Die Schwester Der Pfleger. 08/2003, S. 632-634

Enzmann, D.: Kleiber, D.: Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger Verlag: Heidelberg 1989

Enzmann, D.: Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt?. Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß. Profil Verlag: München, Wien 1996

Fengler, J.: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 6. Auflage. Pfeiffer bei Klett-Cotta: Stuttgart 2001

Fontana. D.: Mit dem Streß leben. Verlag Hans Huber: Bern, Stuttgart, Toronto 1991

Freudenberger, H.; North, G.: Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. 11. Auflage. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main 2005

Gusy, B.: Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout. Eine Kausalanalyse. Profil Verlag: München, Wien 1995

Hasselhorn, H.-M. et al.: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW: Dortmund, Berlin, Dresden 2005

Hölzer, R.: Burnout in der Altenpflege. Vorbeugen - Erkennen - Überwinden. Urban & Fischer: München, Jena 2003

Isfort, M.; Weidner, F.: „Druckkessel" Altenheim. In: Die Schwester Der Pfleger. 8/2003, S.604-610

Kaluza, G.: Streß. In: Jerusalem, M.; Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Verlag für Psychologie: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2003

Kruse, A. et al.: Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, Berlin, Köln 1992

Kypta, G.: Burnout erkennen, überwinden, vermeiden. Carl-Auer Verlag: Heidelberg 2006

Lietz, W.: Supervision als Rahmenanalyse. Anregungen zur Reflexion professioneller Alten- und Krankenpflege. Athena Verlag: Oberhausen 1998

Maslach, C.; Leiter; M. P.: Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Springer: Wien, New York 2001

Mötzing, G.: Pflege unter Druck: Ausgebrannt im Pflegealltag: Strategien gegen Burnout. In: Heilberufe. 03/1998, S. 10-12

Müller, E. H.: Ausgebrannt. Wege aus der Burnout-Krise. 3. Auflage. Herder Verlag: Freiburg 1994

Pines, A. M.; Aronson, E.; Kafry, D.: Ausgebrannt. Vom Überdruss zur Selbstentfaltung. 8. Auflage. Klett-Cotta: Stuttgart 1993

Ringel, D.: Ekel in der Pflege. Eine gewaltige „Emotion". Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 2000

Schwarz, R.: Supervision in der Pflege. Leitfaden für Pflegemanager und -praktiker. Verlag Hans Huber: Bern 2007

Schmidbauer, W.: Helfersyndrom und Burnout-Gefahr. Urban & Fischer: München, Jena 2002

Schmidt, B.: Burnout in der Pflege. Risikofaktoren - Hintergründe - Selbsteinschätzung. Kohlhammer: Stuttgart 2004

Trebsdorf, M.: Biologie, Anatomie, Physiologie. Lehrbuch und Atlas. 5., überarbeitete Auflage. Lau Verlag GmbH: Reinbek 2000

Von Klitzing, W.; Von Klitzing, K.: Psychische Belastungen in der Krankenpflege. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen, Zürich 1995

Wagner-Link, A.: Sackgasse Streß?. Bewältigungsstrategien bei Krankheit und während der Genesung. Thieme-Verlag: Stuttgart 1996

Wiegand, A.: Arbeitsstress und Krankheitsverhalten. Pabst Science Publishers: Lengerich 2002

Wittich, A.: Krankenpflege zwischen Macht und Kränkung. Supervisionserfahrungen an einem Klinikum der Maximalversorgung. In: Die Schwester Der Pfleger. 12/1999, S. 1044-1048

Zellhuber, B.: Altenpflege - ein Beruf in der Krise?. Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich. Kuratorium Deutsche Altershilfe: Köln 2005

Zetkin, M.; Schaldach, H.: Lexikon der Medizin. 16., neu bearbeitete Auflage. Ullstein Medical: Wiesbaden 1998

Zimbardo, P. G.; Gerrig, R.J.: Psychologie. 7., neu übersetzte und bearbeitete Auflage. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York 1999

Zimber, A.; Weyerer, S.: Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln 1998

Zimber, A.; Albrecht, A.; Weyerer, S.: Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: Pflege aktuell 5/2000, S. 272-275

Internetquellen.

Url: http:// www. swissburnout.ch/Depression-und-Burnout?lang=de, Stand 23.10.2007

Anhang

Anlage 1: Burnout-Symptomatik (vgl. Burisch 2006, S. 25f.)

1. Warnsymptome in der Anfangsphase

a) Überhöhter Energieeinsatz

- Hyperaktivität
- freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
- Gefühl der Unentbehrlichkeit
- Gefühl, nie Zeit zu haben
- Verleugnung eigener Bedürfnisse
- Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
- Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten

b) Erschöpfung

- chronische Müdigkeit
- Energiemangel
- Unausgeschlafenheit
- erhöhte Unfallgefahr

2. Reduziertes Engagement

a) für Klienten, Patienten etc.

- Desillusionierung
- Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
- größere Distanz zu Klienten
- Meidung von Kontakt zu Klienten
- Aufmerksamkeitsstörung in der Interaktion mit Klienten
- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf
- Beaufsichtigung
- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
- höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen
- Tranquillizern
- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
- Betonung von Fachjargon
- Dehumanisierung

b) für andere allgemein

- Unfähigkeit zu geben
- Kälte
- Verlust von Empathie
- Unfähigkeit zur Transposition
- Verständnislosigkeit
- Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
- Zynismus

c) für die Arbeit

- Desillusionierung
- negative Einstellung zur Arbeit
- Widerwillen und Überdruß
- Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen
- ständiges Auf-die-Uhr-sehen
- Fluchtphantasien
- Tagträumen
- Überziehen von Arbeitspausen
- vorverlegter Arbeitsschluß
- Fehlzeiten
- Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit
- Aufblühen am Wochenende
- höheres Gewicht materieller Bedingungen für die
- Arbeitszufriedenheit

d) erhöhte Ansprüche

- Verlust von Idealismus
- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung
- Gefühl, ausgebeutet zu werden
- Partnerprobleme
- Konflikte mit den eigenen Kindern

3. Emotionale Reaktion; Schuldzuweisung

a) Depression

- Schuldgefühle
- reduzierte Selbstachtung
- Insuffizienzgefühle

- Gedankenverlorenheit
- Selbstmitleid
- Humorlosigkeit
- unbestimmte Angst und Nervosität
- abrupte Stimmungsschwankungen
- verringerte emotionale Belastbarkeit
- Bitterkeit
- Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
- Schwächegefühl
- Neigung zum Weinen
- Ruhelosigkeit
- Gefühl des Festgefahrenseins
- Hilflosigkeits- Ohnmachtsgefühle
- Apathie
- Selbstmordgedanken
- Pessimismus/Fatalismus

b) Aggression

- Schuldzuweisung an andere oder „das System“
- Vorwürfe an andere
- Verleugnung der Eigenbeteiligung
- Ungeduld
- Launenhaftigkeit
- Intoleranz
- Kompromissunfähigkeit
- Nörgeleien
- Negativismus
- Reizbarkeit
- Ärger und Ressentiments
- defensive/paranoide Einstellungen
- Mißtrauen
- häufige Konflikte mit anderen

4. Abbau

a) der kognitiven Leistungsfähigkeit

- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche

- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
- Ungenauigkeit
- Desorganisation
- Entscheidungsunfähigkeit
- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen

b) der Motivation

- verringerte Initiative
- Dienst nach Vorschrift
- verringerte Produktivität

c) der Kreativität

- verringerte Phantasie
- verringerte Flexibilität

d) Entdifferenzierung

- rigides Schwarzweißdenken
- Widerstand gegen Veränderungen aller Art
- Eifersucht

5. Verflachung

a) des emotionalen Lebens

- Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
- Gleichgültigkeit

b) des sozialen Lebens

- weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder
- exzessive Bindung an einzelne
- Meidung informeller Kontakte
- Suche nach interessanteren Kontakten
- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
- Eigenbröteleien
- mit sich selbst beschäftigt sein
- Einsamkeit

c) des geistigen Lebens

- Aufgeben von Hobbys
- Desinteresse
- Langeweile

6. Psychosomatische Reaktionen

- Schwächung der Immunreaktion
- Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit
- Schlafstörungen
- Alpträume
- sexuelle Probleme
- gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden - beschleunigter Puls
- Rückenschmerzen
- erhöhter Blutdruck
- Muskelverspannung
- Kopfschmerzen
- nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Geschwüre
- Gewichtsveränderungen
- veränderte Eßgewohnheiten
- mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen

7. Verzweiflung

- negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- existentielle Verzweiflung (vgl. Burisch 2006, S. 25f.)